

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

A. Problem

Ziel ist, in der gesetzlichen Krankenversicherung eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Ein sozial gerechtes Krankenversicherungssystem muß sich zudem verpflichtet wissen, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und der Patienten zu achten, ihre Eigenkompetenz zu stärken sowie ihnen einerseits überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ersparen, andererseits aber Defizite in der Versorgung zu beseitigen. Das Gesetz dient dazu, dies umzusetzen. Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation erhalten den ihnen gebührenden Stellenwert.

Diese hohen Anforderungen an den Versorgungsstandard müssen durch einen effizienten und zielorientierten Einsatz der Finanzmittel bei einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze erreicht werden.

Starre Versorgungsstrukturen stehen einer an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung im Wege. Sie werden aufgebrochen. Fehlversorgung und ineffizienter Ressourcenverbrauch sind durch permanente Orientierung der Versorgung an anerkannten Qualitätsstandards abzulösen.

B. Lösung

Unter Verzicht auf einen detaillierten Regelungsmechanismus setzt das Gesetz für alle Beteiligten Anreize, ressourcenverzehrende Defizite in der Versorgung zu beseitigen, die medizinische Orientierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt zu rücken sowie Qualität und Effizienz der Versorgung über den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern zu stärken. Dies geschieht insbesondere durch folgende Maßnahmen:

- Die Versicherten werden unterstützt, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen.
- Für die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden die Möglichkeiten erweitert, die Grenzen bisheriger bereichsspezifischer Strukturen zu überwinden und sich auf medizinische Aspekte der Versorgung zu konzentrieren.

- Die Globalbudgets – flankiert durch eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung – sichern die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung unter Überwindung sektorspezifischer Schranken.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für den Bund ergeben sich geringfügige Mehrbelastungen durch die Übernahme der Kosten eines Instituts für die Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gemeinden werden nicht belastet. Für die Länder ergeben sich ab dem Jahr 2004 finanzielle Entlastungen durch die stufenweise Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung.

E. Sonstige Kosten

Die Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung soll Mehrbelastungen für Arbeitgeber, Betriebe und Versicherte vermeiden. Daher sind Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, nicht zu erwarten.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „ohne Arbeitsentgelt“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

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

- c) Folgender Absatz wird angefügt:

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

der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.“

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

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

3. § 8 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

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

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

- a) In Nummer 2 werden folgende Wörter angefügt:

„wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,“.

- b) In Nummer 3 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“.

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

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

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

7. § 17 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

8. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20

Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse kann ihre Versicherten über Angebote zur allgemeinen Gesundheitsförderung informieren; eine finanzielle Beteiligung der Krankenkasse an diesen Angeboten ist nicht zulässig. Die Krankenkasse kann in der Satzung Leistungen zur Prävention vorsehen, wenn diese in dem nach Satz 3 zu beschließenden Katalog enthalten sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Satz 2, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppe, Inhalt und Methodik, sowie deren Qualitätssicherung und auf dieser Grundlage einen Katalog von Leistungen.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und wirken bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren Näheres zur Zusammenarbeit. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 2 dürfen insgesamt einen Betrag von fünf Deutsche Mark für jeden ihrer Versicherten je Kalenderjahr nicht überschreiten.

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

(5) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes vorsehen.“

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

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

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

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

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

10. § 22 Abs. 4 wird aufgehoben.

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Die bisherige Nummer 3 wird die Nummer 4.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

- cc) Folgender Satz wird angefügt:
 „Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuß nach Satz 2 auf bis zu 30 Deutsche Mark erhöht werden.“
- c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:
 „(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.“
- d) Folgende Absätze werden angefügt:
 „(7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.
 (8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 142 Abs. 2 gilt entsprechend. Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgabenrahmens sind mit den für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben zu verrechnen. Die Überschreitung und deren Verrechnung ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich nachprüfbar darzulegen.“
12. § 24 wird wie folgt geändert:
 a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt: „Medizinische Vorsorge für Mütter“.
 b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur“ durch das Wort „Vorsorgeleistungen“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
 „die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.“
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur“ durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
 „(2) Für Maßnahmen nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 23 Abs. 5 und 6 entsprechend.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
13. In § 27 Abs. 2 werden der Nummer 2 die Wörter „sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes“ angefügt, die Wörter „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz“ gestrichen und die Wörter „Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit“ durch das Wort „Inanspruchnahme“ ersetzt.
14. § 28 Abs. 2 Satz 9 wird wie folgt gefaßt:
 „Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“
15. § 29 wird wie folgt geändert:
 a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
 „Zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs kann die Krankenkasse Zwischenbegutachtungen vornehmen lassen.“
 b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
 „(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik sowie deren Auswertung und Verfahren zur Einhaltung der Richtlinien vorzugeben.“
16. § 30 wird wie folgt geändert:
 a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
 „Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.“
 b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:
 „Aufwendige Versorgungen sollen vor der Genehmigung begutachtet werden; bei Suprakonstruktionen ist eine Begutachtung zwingend erforderlich, wobei der Krankenkasse hierfür ein die gesamte Behandlung einschließlich implantologischer Leistungen umfassender Heil- und Kostenplan vorzulegen ist.“

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

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

18. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Arznei-“ gestrichen.
- b) Die Absätze 2, 3 und 5 werden aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird Absatz 2; Satz 4 wird aufgehoben.

19. Nach § 34 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 34a

Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste nach § 92a Abs. 5 eine Liste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung zu erlassen. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 30. September 2001 zu erlassen.“

20. Nach § 37 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 37a

Soziotherapie

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

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

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an den ärztlichen Behandlungsplan und an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.“

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen in Form einer ambulanten Rehabilitation in einer Einrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 125a besteht.“

b) In Absatz 2 wird das Wort „Behandlung“ durch das Wort „Rehabilitation“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend.“

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

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

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

22. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Medizinische Rehabilitation für Mütter“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „§ 27 Satz 1“ durch die Angabe „§ 27 Abs. 1 Satz 1“, die Wörter „Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur“ durch die Wörter „Leistungen der Rehabilitation“ sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.“

- bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur“ durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Für Maßnahmen nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 40 Abs. 3 bis 5 entsprechend.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
23. § 43 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „wird“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „dies gilt auch für das Funktionstraining.“.
- bb) In Nummer 2 wird das Wort „erbringen“ durch die Wörter „ganz oder teilweise erbringen oder fördern“ ersetzt.
- cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:
- „3. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn die Qualität der Schulungsprogramme nachgewiesen ist; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.“.
- b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
24. § 58 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(2) Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach Absatz 1 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz hatte.“
25. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5“ folgende Wörter eingefügt:
- „oder der Ausschuß nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1“
26. § 64 wird wie folgt geändert
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Absatz 2 schließen. Sind Kassenärztliche Vereinigungen nicht Vertragspartner von Verträgen nach Satz 2, werden die Verträge im Benehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten vereinbaren.“
- bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.
27. Nach § 65 werden folgende Paragraphen eingefügt:
- „§ 65a
Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung
- Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den mit einem Verfahren nach Satz 1 verbundenen Einsparungen. Die Krankenkasse kann die für die Berechnung der Einsparungen erforderlichen Daten mit Einverständnis des Versicherten versichertenbezogen erfassen und speichern. Sie hat zum Nachweis dieser Einsparungen geeignete Unterlagen, die sich auf den Zeitraum mindestens eines Jahres beziehen, nicht versichertenbezogen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zur Übermittlung der für die in Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen Daten vereinbaren. Die §§ 63 bis 65 gelten entsprechend.
- § 65b
Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung
- Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unterstützen im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die die Verbände als förderungsfähig anerkannt haben. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2, § 65 sowie § 213 Absatz 2 gelten entsprechend.“
28. In § 66 werden das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt und folgender Satz angefügt:
- „Das Nähere über die Voraussetzungen und den Inhalt der Unterstützung ist in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln.“

29. § 69 wird wie folgt gefaßt:

„§ 69

Anwendungsbereich

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

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

31. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen und dem bisherigen Text folgende Sätze angefügt:

„Die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen ist als Obergrenze zugrunde zu legen. § 142 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt.“

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

32. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefaßt:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte und ihnen nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 gleichgestellte Ärzte, Kinderärzte sowie die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teil, die gegenüber dem Zulassungsausschuß ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben (Hausärzte). Der Zulassungsausschuß hat Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme auch an der fachärztlichen Versorgung zu erteilen. Der Zulassungsausschuß kann für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung mit deren Einverständnis eine von Satz 1 abweichende, zeitlich befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Die am 31. Dezember 1999 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind den Hausärzten nach Satz 1 gleichgestellt und nehmen weiterhin an der hausärztlichen Versorgung teil; Internisten können durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuß bis zum 30. Juni 2000 ihre

Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung widerrufen und nehmen in diesen Fällen spätestens ab dem 1. Januar 2001 an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuß kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.“

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

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

c) Absatz 1c wird wie folgt gefaßt:

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

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

In dem Vertrag nach Satz 1 ist auch zu bestimmen, daß ein den Versicherten behandelnder Arzt, der nicht sein Hausarzt ist, in Verbindung mit der Abrechnung seiner Leistungen der Kassenärztlichen Vereinigung den Hausarzt des Versicherten benennt und die Übermittlung der Befunde an den

- Hausarzt dokumentiert. In den Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist das Nähere über deren Pflichten nach Absatz 1b Satz 2 zu vereinbaren; die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben hierzu Empfehlungen ab.“
- d) In § 73 Abs. 2 werden in Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
- „12. Verordnung von Psychotherapie und Erstellung eines ärztlichen Behandlungsplanes nach Maßgabe des § 37a.“
33. § 73a wird aufgehoben.
34. § 75 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:
- „es sei denn, es handelt sich um die Rechte von Vertragsärzten aus Verträgen nach § 140b, bei denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht Vertragspartner sind.“
- bb) Satz 2 wird Absatz 2a und in ihm das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Kassenärztlichen Vereinigungen“ ersetzt.
- b) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:
- „(10) Im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes nach Absatz 1 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch mit geeigneten Krankenhäusern, an denen Notfallambulanzen bestehen, Verträge über die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes schließen. In den Verträgen ist insbesondere die Tätigkeit von Vertragsärzten in der Notfallambulanz des Krankenhauses zu ermöglichen.“
35. In § 76 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Nimmt der Versicherte einen anderen Arzt als seinen gewählten Hausarzt oder einen sonstigen Leistungserbringer in Anspruch, so hat er diesen über seinen Hausarzt zu unterrichten.“
36. § 77 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefaßt:
- „Sind in einem Land mehr als 12 000 Ärzte zugelassen und besteht am 1. Januar 2000 mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung in diesem Land, können mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zwei Kassenärztliche Vereinigungen errichtet werden oder fortbestehen. Sind in einem Land mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen, gilt Satz 2 für Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Die Durchführung der nach Absatz 1 erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „(3) Die zugelassenen Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.“
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.
37. § 79 wird wie folgt gefaßt:
- „§ 79
Organe
- (1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden als Selbstverwaltungsorgane ein Verwaltungsrat und ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.
- (2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 2 000 zugelassenen Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 5 000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder.
- (3) Der Verwaltungsrat hat insbesondere
1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
 2. den Vorstand zu überwachen,
 3. den Haushaltsplan festzustellen,
 4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
 5. die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten und
 6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.
- Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.
- (4) Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. In der Satzung kann der Vorstand auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Satzung kann vorsehen, daß ein Vertragsarzt als Vorstandsmitglied seine vertragsärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang ausüben kann, soweit die Erfüllung seiner hauptamtlichen Aufgaben hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.

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

(6) Für die Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.“

38. § 79b wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „der Vertreterversammlung“ werden durch die Wörter „dem Verwaltungsrat“ ersetzt.

bb) Das Wort „ordentlichen“ wird gestrichen.

b) In Satz 8 wird das Wort „Vertreterversammlungen“ durch das Wort „Verwaltungsräte“ ersetzt.

39. § 80 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. Das Nähere bestimmt die Satzung. Die Mitglieder jedes Verwaltungsrates wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die ihnen zustehenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.“

b) Absatz 1a wird aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Vertreterversammlung“ durch die Wörter „des Verwaltungsrates“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

40. § 81 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit, der Hausärzte auch auf dem Gebiet der hausärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.“

41. § 83 Abs. 2 wird aufgehoben.

42. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84

Arznei- und Heilmittelbudget; Richtgrößen

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

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

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

(2) Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muß bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein. Der übersteigende Betrag nach Satz 4 ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreibungsbetrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.

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

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

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

43. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt gefaßt:

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

b) Absatz 3c wird wie folgt gefaßt:

„(3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegte Zahl der Mit-

glieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen.“

c) Die Absätze 4 bis 4f werden gestrichen.

44. § 87 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 a werden die Sätze 4 und 5 wie folgt gefaßt:

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

b) Nach Absatz 2 b werden folgende Absätze angefügt:

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

(2d) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefaßt werden. Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 30. Juni 2001 nicht zustande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erwei-

terte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest.“

45. Nach § 87 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 87a

Honorarverteilungsmaßstab

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam erstmalig bis zum 30. Juni 2000 zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; bei der Vereinbarung sind die nach Absatz 3 zu bestimmenden Kriterien zu beachten. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, daß die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestuft werden.

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

(3) Der Bewertungsausschuß (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zugrunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende

Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen.

(4) Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Absatz 3 Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet der erweiterte Bewertungsausschuß nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt bis zum 30. April 2000. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 2 nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, entscheidet das Schiedsamt bis zum 30. September 2000. Die Honorarverteilung auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 2 ist erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 2000 vorzunehmen.

(5) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350 000 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450 000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550 000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztätig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit- oder nicht ganzzähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

(6) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen, mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13

Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

(7) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 5 überschreiten. Dabei sind für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminдерungen nach Absatz 5 an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Durchführung der Vergütungsminдерung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 5. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(9) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 6 bis 8 nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.

§ 87b

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und nach § 30 Abs. 3 Satz 2 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zugrundeliegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Die Begrenzung entfällt, wenn der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien.“

46. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche

Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von externem, umfassendem zahnmedizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu beschließen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dem Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vorgeben, einen Beschluß zu einzelnen dem Bundesausschuß durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben zu fassen oder zu überprüfen und hierzu eine angemessene Frist setzen. Bei Nichteinhaltung der Frist faßt eine aus den Mitgliedern des Bundesausschusses zu bildende Schiedsstelle innerhalb von 30 Tagen den erforderlichen Beschluß. Die Schiedsstelle besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des Bundesausschusses und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(1b) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 ist den in § 134 Abs. 2 genannten Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

b) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz eingefügt:

„(7a) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 128 Abs. 1 Satz 4 genannten Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

47. Nach § 92 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 92a

Institut für die Arzneimittelverordnung
in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Mitglieder der Kommission sind

1. drei medizinische Sachverständige, davon zwei aus der ärztlichen Praxis und einer aus der klinischen Medizin,

2. zwei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

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

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie.

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

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

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

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

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

(6) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende

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

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

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

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

(10) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach § 34a verordnungsfähig sind, ausnahmsweise

im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(11) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34a gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34a gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend.“

48. § 93 wird aufgehoben.
49. In § 95 Abs. 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz „oder wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist und keine nach § 79 Abs. 4 Satz 5 zulässige Tätigkeit als Vertragsarzt ausübt.“, eingefügt.
50. In § 95a Abs. 2 und 3 wird jeweils das Wort „drei-jährigen“ durch das Wort „fünfjährigen“ ersetzt.
51. In § 96 Abs. 2 wird Satz 3 aufgehoben.
52. In § 97 Abs. 2 Satz 4 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ und die Angabe „7“ durch die Angabe „6“ ersetzt.
53. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
- „6. Voraussetzungen, unter denen der Zulassungsausschuß eine Praxis in den Fällen des § 103 Abs. 4 schließen kann, insbesondere wenn deren Praxisumfang erheblich unter dem Durchschnitt des Praxisumfanges der Praxen in der Fachgruppe liegt oder wenn auf Grund der besonderen lokalen Versorgungsdichte kein Versorgungsbedarf für die Praxis besteht sowie Einzelheiten des Verfahrens.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden in Nummer 2 das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.
- bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.
- c) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Bundesausschuß der Ärzte und

Krankenkassen hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge von Hausärzten und Internisten, die nach dem 31. Dezember 1999 gestellt werden, mit Ausnahme bei der Praxisübergabe, für die § 103 Abs. 4 entsprechend gilt, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat; die Feststellungen sind erstmals zum Stand vom 30. Juni 2000 bis zum 31. Juli 2000 zu treffen. Anträge nach Satz 5 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.“

54. § 102 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1, und in Satz 1 wird das Datum „1. Januar 1999“ durch das Datum „1. Januar 2003“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen.“
55. § 103 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:
- „(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet, kann der Zulassungsausschuß auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landesverbandes einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Ersatzkassen die Praxis nach den Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen nach § 101 Abs. 1 Nr. 6 gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung schließen. Die Kosten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits, den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen andererseits zu gleichen Teilen getragen. Wird die Praxis nicht nach Satz 1 geschlossen und soll sie von einem Nachfolger weitergeführt werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für die amtliche Bekanntmachung vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbung zu erstellen. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der

Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Ab 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze grundsätzlich nur Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt.“

56. § 106 wird wie folgt gefaßt:

„§ 106

Wirtschaftlichkeitsprüfung
in der vertragsärztlichen Versorgung

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

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

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

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

(3) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlaßter Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen; sie werden einmal pro Quartal durchgeführt. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen nach Absatz 5 geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt. Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auf der Grundlage der arzt- und versichertenbezogenen Daten über die erbrachten, verordneten und veranlaßten Leistungen für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Gegenstand

der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind

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

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

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

(5) Für die Prüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen (Absatz 2 Satz 1 Nr. 1) vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen werden durchgeführt, wenn die Richtgrößen um mehr als 15 vom Hundert überschritten werden und auf Grund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen ist, daß die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung der Richtgrößen ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Richtgrößen gelten bis zum Inkrafttreten von Folgevereinbarungen.

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

(7) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 2 Satz 1, daß ein Arzt Arbeitsun-

fähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, können der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.

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

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

Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 SGG).

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

(10) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, auf Verlangen des Prüfungsausschusses die für die Prüfungen erforderlichen Unterlagen einschließlich der Befunde und Dokumentationen vorzulegen und auf Vorladung des Prüfungsausschusses zu Beratungsmaßnahmen oder Ausschußsitzungen zu erscheinen.

57. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106a

Abrechnungsprüfung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte. Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen unter Plausibilitätsaspekten auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsehen. Die Annahmen zum Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen können auf der Grundlage von Schätzungen des bei sachgerechter Erbringung der Leistungen nicht unterschreitbaren Zeitaufwands bestimmt werden. Die

Ergebnisse dieser Prüfungen sind den Prüfungsausschüssen nach § 106 zur Verfügung zu stellen und in die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 einzubeziehen.

(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung die für die Prüfung nach Absatz 1 erforderlichen Befunde und sonstigen Unterlagen vorzulegen.

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

58. § 108 wird wie folgt gefaßt:

„§ 108

Zugelassene Krankenhäuser

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

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

59. § 109 wird wie folgt gefaßt:

„§ 109

Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 1 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrages. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in einen Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgenommen sind, gelten bis zu einer Kündigung nach § 110 als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den Trägern der nach § 108 Nr. 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2003 die Leistungsstruktur des Krankenhauses und die Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109a. Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl werden durch die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbart oder im Wege der Teilkündigung nach § 110 bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar

1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

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

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

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

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben Abschluß, Änderung und Ablehnung von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann den Abschluß, die Änderung und die Ablehnung eines Versorgungsvertrages beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind. Der Versorgungsvertrag und die Änderung eines Versorgungsvertrages werden wirksam, wenn die zuständige Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Beanstandung des Abschlusses und der Änderung eines Versorgungsvertrages und gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zugang der Beanstandung nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; gegen den Abschluß eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.

(4) Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Durch den Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus in dem vereinbarten oder festgelegten Umfang zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung

der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuches Verhandlungen über Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflege-satzverordnung zu führen.“

60. Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 109a

Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

Als Grundlage für den Abschluß, die Änderung und die Kündigung von Versorgungsverträgen beschließt die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben sind. Die Rahmenvorgaben beinhalten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die medizinischen Fallkategorien des Vergütungssystems nach § 17c Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz darzustellen sind, sowie Aussagen zur Sicherstellung der Notfallversorgung und Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung; sie haben auch die Versorgung von Patienten aus anderen Bundesländern zu berücksichtigen. Die Landeskrankenhausesgesellschaft und weitere Vereinigungen der Krankenhausträger im Land sind anzuhören. Soweit Einvernehmen nicht hergestellt wird, entscheidet die zuständige Landesbehörde. Die Rahmenvorgaben sind erstmals bis zum 30. Juni 2002 zu beschließen. Sie treten zum 1. Januar 2003 in Kraft. Grundlage für die erstmalige Ermittlung des Leistungsbedarfs bilden die Leistungszahlen des Jahres 2000 unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die zur Findung der Bewertungsrelationen nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz benötigten Leistungsdaten anonymisiert auch den Vertragsparteien nach Absatz 1 zur Ermittlung der Rahmenvorgaben bis zum 30. Juni 2001 zur Verfügung zu stellen.“

61. § 110 wird wie folgt gefaßt:

„§ 110

Kündigung von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

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

- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann die Kündigung beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind und das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach Anzeige der Kündigung eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“
62. § 111a Satz 2 wird wie folgt geändert:
- Nummer 4 wird gestrichen.
 - In Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:
„soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist.“
63. § 113 wird wie folgt geändert:
- Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung“.
 - Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses sowie die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch von ihnen bestellte Prüfer untersuchen lassen; mit der Prüfung der Qualität kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt werden. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.“
 - Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Die nach Absatz 1 bestellten Prüfer sind befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten (Abteilungen) oder bestimmte Diagnosen beziehen. Die Krankenhäuser haben den nach Absatz 1 bestellten Prüfern die hierfür erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Prüfer sind befugt, zu diesem Zweck die Räume der Krankenhäuser zu betreten. Sie haben den Vertragspartnern und dem Krankenhausträger nicht versichertenbezogen mitzuteilen, welche Erkenntnisse sie gewonnen haben. Die Ergebnisse der Prüfung verschiedener Krankenhäuser können für Zwecke des § 5 Bundespflegegesetzverordnung zusammengeführt werden.“
- d) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 83 Abs. 2, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136“ durch die Angabe „§ 106 Abs. 2 und 4, § 106a und § 136a Abs. 2“ ersetzt.
64. In § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 werden der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch ein Komma ersetzt.
65. § 115a Abs. 2 wird wie folgt geändert:
- Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:
„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam können mit der Landeskrankengesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbaren; sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.“
 - Im neuen Satz 10 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „9“ ersetzt.
66. § 115 b wird wie folgt geändert:
- Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.
In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die nur mit Zustimmung der Krankenkasse stationär durchgeführt werden dürfen, und Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine Zustimmung nicht erforderlich ist. Wird ein gemäß Satz 2 gesondert benannter Eingriff stationär durchgeführt, obwohl eine Zustimmung der Krankenkasse nicht vorliegt und erklärt sich diese auch nicht nachträglich zur Kostenübernahme bereit, entfällt der Vergütungsanspruch. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 136a Abs. 1 und § 136b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen sowie die Voraussetzungen und die Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze zu be-

stimmen, nach denen Abschläge von der Vergütung bei Krankenhäusern und Vertragsärzten vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und stationersetzenden Eingriffe“ eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

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

67. Nach § 116 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

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

(2) Die ermächtigten Krankenhäuser haben sicherzustellen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen gegenüber nachzuweisen, daß die vertragsärztlichen Leistungen ausschließlich durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung erbracht werden und den in Absatz 1 Satz 1 letzter Halbsatz genannten Qualitätsanforderungen entsprechen.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundes-

schiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“

68. § 120 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

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

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken ist im Benehmen mit den Trägern der Hochschulkliniken zu vereinbaren.“

69. Nach § 125 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 125a

Versorgungsverträge mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

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

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

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

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

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

- a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:
„2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,“
- b) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.

71. Nach § 132 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 132b

Versorgung mit Soziotherapie

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

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlung für die Anforderung an die Leistungserbringer nach Absatz 1 ab.“

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

- a) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:
„Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Entgelte vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 zu beachten.“
- b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden die Sätze 3 bis 7.

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

„Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung“

74. § 135 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“
- b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stimmen ihren Arbeitsplan und die Bewertungsergebnisse nach Satz 2 mit dem Ausschuß Krankenhaus (§ 137c) ab.“
- c) Die Absätze 3 bis 6 werden aufgehoben.

75. § 135a wird aufgehoben.

76. § 136 wird wie folgt gefaßt:

„§ 136

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verantwortlich. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert sowie die Anwendung anerkannter Leitlinien fördert,
2. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

(3) Die Leistungserbringer nach Absatz 2 haben bei der Leistungserbringung anerkannte Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte, zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung zu beachten; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Verfahren ihrer Anerkennung. Für die vertragszahnärztliche Versorgung regeln die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich das Verfahren ihrer Anerkennung.“

77. Nach § 136 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 136a

Qualitätssicherung
in der vertragsärztlichen Versorgung

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

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, einschließlich diagnosebezogener Leitlinien für aufwendige medizintechnische Leistungen und
3. den Inhalt und Umfang der für Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.

Der Bundesausschuß hat dabei unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs und wissenschaftlicher Erkenntnisse Einvernehmen darüber herzustellen, für welche Verfahren und Maßnahmen Richtlinien vorrangig zu beschließen sind. Es ist sicherzustellen, daß die Richtlinien vorrangig für Patientengruppen verabschiedet werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

§ 136b

Qualitätssicherung

in der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und
3. den Inhalt und Umfang der für Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.

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

(2) Der Bundesausschuß hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesver-

einigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Mängelgutachten können zu jedem Zeitpunkt veranlaßt werden, sofern ein Verdacht auf grundlegende Behandlungsfehler besteht. § 195 BGB bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen und Anreize für die Erreichung bestimmter Gesundheitsziele können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekanntmachen.

(3) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist zu einer umfassenden und systematischen Durchführung der Qualitätssicherung verpflichtet. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Krankenkassen haben bei nachgewiesenen Einsparungen aufgrund von Qualitätssicherungsmaßnahmen die Kassenzahnärztliche Vereinigung an den Einsparungen zu beteiligen; sie können dafür auch Rückflüsse aus der Degressionsregelung (§ 87a) verwenden. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die entsprechenden Mittel zur weiteren Verbesserung der Qualitätssicherung zu verwenden.

(4) § 136a Abs. 2 gilt entsprechend.“

78. § 137 wird wie folgt gefaßt:

„§ 137

Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam vereinbaren im Benehmen mit der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, einschließlich aufwendiger medizintechnischer Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,

3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

Die Vertragspartner haben dabei unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs und wissenschaftlicher Erkenntnisse Einvernehmen darüber herzustellen, welche Verfahren und Maßnahmen vorrangig zu vereinbaren sind. Es ist sicherzustellen, daß Vereinbarungen vorrangig für Patientengruppen getroffen werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist.

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

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

79. In § 137a Abs. 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 137 Satz 4“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 2 Satz 3 und § 137d Abs. 4 Satz 2“ ersetzt.
80. § 137b wird wie folgt gefaßt:

„§ 137b

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und

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

81. Nach § 137b werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 137c

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesauschüssen ab.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuß Krankenhaus. Der Ausschuß besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bun-

des Ärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit.

§ 137d

Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

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

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

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

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. die Anforderungen an Qualitätsprüfungen, einschließlich des Inhalts und Umfangs der vorzulegenden Untersuchungs- und Behandlungsbefunde.

Die Vertragspartner haben unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen bei der Auswahl der Verfahren und Maßnahmen nach Nummer 1 wissenschaftliche Erkenntnisse insbesondere darüber zu berücksichtigen, bei welchen Patientengruppen eine verbesserte Versorgungsqualität die Morbidität und Mortalität nachhaltig beeinflussen kann. Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind. Bei Vereinbarungen nach Absatz 1 ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

82. Nach dem Zehnten Abschnitt wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Elfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung

§ 140a

Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag nach § 140b und, soweit es die vertragsärztliche Versorgung einschließt, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 140d. Integrierte Versorgungsformen müssen mindestens eine hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs.1 Satz 2 einschließen.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere über die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten einschließlich des Verfahrens, in dem sie ihre Entscheidung über die Teilnahme zu treffen haben. Soweit die Verträge nach den §§ 140b und 140d die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen oder zulassen, ist hierzu die schriftliche Einwilligung der betroffenen Versicherten einzuholen.

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

§ 140b

Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen oder deren bevollmächtigte Verbände können mit den in Absatz 2 genannten Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Die Vertragspartner haben die Integrationsversorgung nach Maßgabe des Absatzes 4 und, soweit sie die vertragsärztliche Versorgung einschließt, der aufgrund von § 140d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

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

abgeschlossen werden.

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

(4) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, daß sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muß, sicherstellen.

(5) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften des Vierten Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist.

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

§ 140c

Vergütung

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

(2) Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Struktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien können in den Vereinbarungen und entsprechend bei der Bereinigung der Budgets für ärztlich verordnete und ärztlich veranlaßte Leistungen berücksichtigt werden; dies gilt insbesondere für die Krankenhausaufgaben für die teilnehmenden Versicherten im Vorjahreszeitraum.

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

(4) Die Beteiligten an der integrierten Versorgung sind verpflichtet, die zur Sicherung der Einhaltung der Budgetierung nach § 142, zur Feststellung und Vermeidung von Risikoselektionen, zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 266, zur Abrechnung der Vergütung der integrierten Versorgung und der Vergütung der Leistungserbringer in der integrierten Versorgung sowie zur Bewertung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen erforderlichen Daten arzt- und – soweit erforderlich – versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere hierzu regeln die Rahmenvereinbarungen nach § 140d in entsprechender Anwendung der §§ 294, 295, 300 bis 304.

§ 140d

Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung nach § 140a ab. Die Rahmenvereinbarungen müssen es den Vertragspartnern der Verträge nach § 140b ermöglichen, Einzelheiten der integrierten Versorgung in Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse zu regeln. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der Integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindeststandards interner Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags und hierauf aufbauender Kriterien für eine externe Qualitätssicherung insbesondere der Gewährleistung der Diagnostik und Therapie durch Anwendung von nach § 136 Abs. 2 Nr. 3 anerkannten Leitlinien. Eine Zertifizierung kann in regelmäßigen Abständen vorgehen werden,
3. Regelungen über die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte,
4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung, die sicherstellen, daß Gesamtvergütungen und andere Budgets der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend einem im in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab verringert werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind,
5. Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung unter Ein-schluß der Integrationsversorgung nach § 140a und des Zahlungsausgleichs hierfür zwischen den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Integrationsversorgung,

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

§ 140e

Empfehlungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungs-

erbringern Empfehlungen zur Integrationsversorgung vereinbaren. Für den Inhalt dieser Empfehlungen gilt § 140d entsprechend.

§ 140f

Bereinigung von anderen bereichsspezifischen Vergütungen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind verpflichtet, das Volumen der Vergütung für die Integrationsversorgung in den entsprechenden anderen Leistungsbereichen zu bereinigen. § 142 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 140g

Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie mindestens ein Jahr ausschließlich im Rahmen der Integrationsversorgung tätige Leistungserbringer und von diesen verordnete oder veranlaßte Leistungen in Anspruch nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Voraussetzungen für die Bonusleistung zu überprüfen. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140b und 140d zu regeln.“

83. Die Überschrift des 5. Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Fünftes Kapitel

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;
Globalbudget“

84. Dem § 141 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie. Der Bundesministerium für Gesundheit kann einen Sachverständigenrat berufen, der die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.“

85. § 142 wird wie folgt gefaßt:

„§ 142

Globalbudget

(1) Die Krankenkasse bildet ein Volumen als Obergrenze sämtlicher jährlicher Ausgaben (Globalbudget). Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität verändert sich das Globalbudget in dem jeweiligen Folgejahr um die nach Absatz 8 Satz 1 vom Bundesministerium für Gesundheit für den dort genannten Zeitraum festgestellte Rate für das gesamte Bundesgebiet. Übersteigt die nach Absatz 8 Satz 1 festgestellte Veränderungsrate für das Beitrittsgebiet die

Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 2 diese Veränderungsraten jeweils zugrunde zulegen. Die Veränderungen der Zahl und Struktur der Versicherten sind entsprechend einer einheitlich und gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abzuschließenden Vereinbarung zu berücksichtigen.

(2) Die Berechnungsgrundlage für die Obergrenze nach Absatz 1 im Jahr 2000 ist die Summe der Jahresrechnungsergebnisse (KJ 1) für das Jahr 1998. Diese Summe erhöht sich um die bundesweite durchschnittliche Rate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied für den Zeitraum der ersten Kalenderhälfte 1999 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Diese Veränderungsrate stellt das Bundesministerium für Gesundheit am Tag nach Inkrafttreten dieses Gesetzes fest; sie wird im Bundesanzeiger veröffentlicht. Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich zudem um die Rate nach Absatz 8 Satz 4. Absatz 1 Satz 3 und 4 gilt für die Berechnung der Obergrenze im Jahr 2000 entsprechend.

(3) Für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 sind die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie die Bundesverbände der Krankenkassen im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben verantwortlich. Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei den von ihnen zu schließenden Verträgen für die Einhaltung der Obergrenze nach Absatz 1 Sorge zu tragen. Verträge über Vergütungen mit Leistungserbringern, die einen höheren Ausgabenanstieg als die nach Absatz 8 festgestellte Veränderungsrate zum Inhalt haben, können vereinbart werden, wenn entsprechende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vertraglich abgesichert sind. Die Parteien der Vergütungsverträge sind verpflichtet, Änderungen der Aufteilung der Leistungserbringung zwischen Leistungserbringern und Leistungssektoren in den Vergütungsverträgen entsprechend zu berücksichtigen. Die zuständigen Schiedsämter und Schiedsstellen haben die Vorgabe nach Satz 3 besonders zu prüfen und bei ihren Entscheidungen zu beachten. Die Verantwortlichen sind zur zeitnahen, wechselseitigen Information und zur Zusammenarbeit verpflichtet.

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

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben bei einer dro-

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

(6) Das Nähere zur Einhaltung des Globalbudgets, insbesondere zur Beratung, zur wechselseitigen Information und Vorgabe konkreter Maßnahmen durch die Verbände sowie zum Ausgleich einer Budgetüberschreitung regeln die Krankenkassen, die Landesverbände und die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend ihrem Aufgabenbereich in ihren Satzungen. Die jeweiligen Satzungen der Krankenkassen und der Verbände sind aufeinander abzustimmen. Die Beschlüsse hierzu und die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 4 sind mit Wirkung bis zum 1. Juli 2000 zu treffen.

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

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

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

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

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

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

88. In § 211 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:

„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,“

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

„Die Verbände unterstützen ihre Mitglieder durch die Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie durch die Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6.“

90. In § 217 Absatz 2 wird nach der Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:

„1a) Koordination und Abstimmung der Vertragsbeziehungen ihrer Mitglieder und deren Mitgliedschaften mit den Leistungserbringern zur Einhaltung des Globalbudgets der Krankenkassen nach § 142 Abs. 1 sowie Koordination und Abstimmung der Satzungsbestimmungen nach § 142 Abs. 6,“

91. Nach § 219 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 219a

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung- Ausland

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland. Die Verbindungsstelle nimmt die ihr durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben wahr. Sie nimmt insoweit auch Aufgaben wahr, die nach über- und zwischenstaatlichem sowie nach innerstaatlichem Recht bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift dem AOK-Bundesverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle übertragen waren. Insbesondere gehören hierzu:

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

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

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

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er vertritt die Verbindungsstelle gerichtlich und außergerichtlich. Das Nähere bestimmt die Satzung.

(5) Die §§ 34, 37 und 38 des Vierten Buches gelten entsprechend.

§ 219b

Verwaltungsrat der Verbindungsstelle

(1) Der Verwaltungsrat hat

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

(2) Jeder Spitzenverband entsendet ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat.

(3) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

§ 219c

Ständiger Arbeitsausschuß der Verbindungsstelle

Die Verbindungsstelle hat einen Ständigen Arbeitsausschuß, in den jeder Spitzenverband einen Vertreter entsenden kann. Dieser berät und unterstützt den Geschäftsführer. Das Nähere bestimmt die Satzung.

§ 219d

Finanzierung und Aufsicht über die Verbindungsstelle

(1) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern im Voraus zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berechnungsgrundlage für die Umlagen sind die Versichertenzahlen. Das Nähere bestimmt die Satzung.

(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die Regelungen in den §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5 und § 72 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.

(3) Die Verbindungsstelle untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit; die Aufsicht wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgeübt. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 274 gelten entsprechend.“

92. In § 229 Abs. 1 Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt: „sowie für Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen.“

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

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

94. In § 235 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den Zahlbetrag der Rentenleistung sowie um“ eingefügt.

95. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3a wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für hinterbliebene Ehegatten der dort genannten Versicherten, wenn ihre Versicherung nach § 10 erlischt und sie der Versicherung beigetreten sind.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

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

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

„(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.“

97. In § 256 Abs. 2 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.

98. § 257 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 6 Abs. 1 Nr. 1)“ die Wörter „oder auf Grund von § 6 Abs. 3a“ eingefügt.

b) Absatz 2 a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1

Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,“

bbb) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern eingefügt:

„2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung ihres jährlichen Gesamteinkommens auch Personen anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente vor Vollendung des 55. Lebensjahres beantragt haben, oder die ein Ruhegehalt nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes über die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern beziehen,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, bei denen eine Behinde-

rung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt ist, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) annehmen.

ccc) In Nummer 5 werden nach dem Wort „betreibt“ der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt:

„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuß nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.“

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen.“

c) In Absatz 2b werden nach der Angabe „Nr. 2“ die Angabe „und 2a bis c“, nach dem Wort „ist“ die Wörter „und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt“ eingefügt und folgender Satz angefügt:

„Für in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.“

99. § 258 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Beitragszuschüsse für andere Personen“

b) In Satz 1 werden dem Wort „Bezieher“ folgende Wörter vorangestellt:

„In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie“.

100. § 265a wird wie folgt gefaßt:

„§ 265a

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die

Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse.“

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

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

103. § 275 wird wie folgt gefaßt:

„§ 275

Begutachtung und Beratung

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

1. in der ambulanten Versorgung, einschließlich Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung,
 2. in der vertragszahnärztlichen Versorgung, einschließlich Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung und über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistungen,
 3. in der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 4. in der stationären Versorgung, einschließlich der Verzahnung mit der ambulanten Versorgung und der Prüfung des Leistungsspektrums und der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme,
 5. für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
 6. für die Beurteilung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens vertragsärztlicher, vertragszahnärztlicher oder stationärer Leistungen einschließlich neuer Methoden der Diagnostik, Therapie und der Versorgung nach Nummer 3,
 7. für die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung,
 8. bei der Versorgung mit Soziotherapie
- erforderlich ist, verpflichtet, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) zu beteiligen und gutachtliche Stellungnahmen einzuholen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen den Medizinischen Dienst insbesondere für die Beratungen und Vertragsverhandlungen mit den Lei-

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

(2) Eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 hat im Einzelfall zu erfolgen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung, nach dem Krankheitsverlauf oder bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben. In geeigneten Fällen hat der Medizinische Dienst in seiner Stellungnahme im Benehmen mit dem behandelnden Arzt die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere die Aufstellung eines Gesamtplanes nach § 5 Abs. 3 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes, bei Arbeitsunfähigkeit Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere die Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. Die Krankenkassen sollen den Medizinischen Dienst informieren, wenn sie von dem Ergebnis der Prüfung oder der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen. Unterstützt eine Krankenkasse einen Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66), kann sie eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen. Das Nähere über die Begutachtung im Einzelfall ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

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

(4) Versicherte können sich im Rahmen der nach Satz 2 bestimmten Beratungsfelder vom Medizinischen Dienst beraten lassen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen legen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst die Beratungsfelder fest. Das Nähere über die Beratung der

Versicherten und deren Zugang zum Medizinischen Dienst ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

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

104. § 275 a wird wie folgt gefaßt:

„§ 275a

Stationäre Versorgung

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

(2) Soweit Krankenhausleistungen nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung (Fallpauschalen und Sonderentgelte) vergütet werden, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen den Medizinischen Dienst beauftragen, die Abrechnungen unter medizinischen Aspekten zu prüfen. Absatz 1 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Wird der Medizinische Dienst beauftragt, die Qualität der stationären Versorgung oder der medizinischen Leistungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu prüfen, gilt Absatz 1 Satz 2 bis 5 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst hat Informationen über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen und die ihm insbesondere durch Anträge auf Kostenerstattung, Einzelfallprüfungen, Budgetverhandlungen oder aufgrund anderer Informationen bekannt werden, auszuwerten. Weichen die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den Vereinbarungen nach § 137 ab oder bestehen Zweifel, ob sie die Voraussetzungen des § 137c Absatz 1 erfüllen, hat der Medizinische Dienst die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zu informieren.“

105. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert
- aa) In Satz 1, erster Halbsatz werden die Worte „für die Modellvorhaben nach“ gestrichen. In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angaben „1 bis 3“ durch die Angabe „2“ ersetzt und das Wort „Sozialdaten“ durch die Wörter „personenbezogene Daten, Unterlagen, einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern,“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „4“ jeweils durch die Angabe „1“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 275“ die Wörter „und § 275a“ eingefügt.
- dd) In Satz 4 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.
- ee) Satz 6 wird wie folgt gefaßt:
- „Der Medizinische Dienst darf Daten, aus denen die Art einer Erkrankung erkennbar ist, zusammen mit anderen Daten in einer gemeinsamen Datei nur speichern, wenn durch technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt ist, daß die Daten über eine Erkrankung nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.“
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Erfolgt eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 2, ist der Versicherte vom Medizinischen Dienst auf sein Akteneinsichtsrecht nach § 25 des Zehnten Buches hinzuweisen.“
- c) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3a“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 wird die Angabe „§ 275 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 275 Absatz 2“ ersetzt.

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

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

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

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

108. § 282 wird wie folgt gefaßt:

„§ 282

Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der

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

1. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
2. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Diensten,
3. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und Beratung,
4. zur einheitlichen Durchführung der Prüfung von Einzelfällen nach § 275 Abs. 2,
5. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
6. zur Fort- und Weiterbildung,
7. über das Verfahren der Versichertenberatung nach § 275 Abs. 4 einschließlich des Zugangs der Versicherten zur Beratung durch den Medizinischen Dienst.

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

109. § 284 wird wie folgt gefaßt:

„§ 284

Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

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

5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
 6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
 7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
 8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
 9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung,
 10. die Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern,
 11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
 12. die Planung und Durchführung von Modellvorhaben und Verträgen zu integrierten Versorgungsformen.
- (2) Die nach Absatz 1 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten dürfen in dem jeweils erforderlichen Umfang auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen gespeichert und zusammengeführt werden, soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 4, 5, 8, 9, 11 und 12 jeweils bezeichneten Zwecke erforderlich ist, versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen auch, soweit es für die in § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, daß die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten sind zu löschen, sobald sie für die in Satz 1 bezeichneten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Für andere Zwecke dürfen die Daten nach Absatz 1 nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften angeordnet oder erlaubt ist.
- (3) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn sie aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden, es sei denn, daß das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. Widerspricht der Betroffene bei der speichernden Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Absatz 1 nicht mehr benötigt werden. Im übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“
110. In § 285 Abs. 1 Nr. 6 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 136a Abs. 2 und § 136b Abs. 4“ ersetzt.
 111. § 292 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird § 292; die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
 112. Dem § 293 werden folgende Absätze angefügt:

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

(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisierendes bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken nach § 129 Abs. 1 und weitere Anbieter von Arzneimitteln und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung. Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen

Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.“

113. § 294 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Pflichten der Leistungserbringer, Datenannahmestellen der Krankenkassen“
- b) In Absatz 1 wird das Wort „Datenverarbeitung“ durch die Wörter „Datenannahme und -verarbeitung“ ersetzt.
- c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden bis zum 30. Juni 2000 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 3 Datenannahmestellen. Den Datenannahmestellen sind abweichend von den Regelungen der §§ 295 Abs. 2, 300 Abs. 1, 301 Abs. 1 und 4, 301a, 302 Abs. 1 die nach Absatz 4 Nummer 1 bestimmten Daten zu übermitteln. Die Datenannahmestellen übermitteln die Daten unverzüglich nach Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 3 den zuständigen Krankenkassen sowie den Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1, in deren Zuständigkeitsbereich die betreffenden Leistungserbringer ihren Sitz haben. Vor der Übermittlung an die Arbeitsgemeinschaften sind versichertenbezogene Daten zu verschlüsseln; bei der Verschlüsselung ist sicherzustellen, daß ein leistungsbereichs- und periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu den Versicherten, die die Leistungen in Anspruch genommen haben, herstellbar ist. Die Identifikation eines Versicherten ist im Rahmen der Vorschriften des § 284 Abs. 1 und 2 zulässig, soweit sie für die in § 303a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 genannten Zwecke erforderlich ist.

(3) Die Datenannahmestellen prüfen die von ihnen angenommenen Daten auf sachliche Richtigkeit und Rechtmäßigkeit sowie hinsichtlich der Leistungspflicht der Krankenkassen; dafür ist ihnen das Versichertenverzeichnis nach § 288 in maschinell verarbeitbarer Form von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. § 286 gilt entsprechend. Die den Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 zu übermittelnden Daten sind in der Weise aufzubereiten, daß sie zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303a Abs. 2 genannten Zwecke geeignet sind.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich bestimmen bis zum 30. Juni 2000

1. die Abrechnungs- und Leistungsdaten, die abweichend von den Regelungen der §§ 295 Abs. 2, 300 Abs. 1, 301 Abs. 1 und 4, 301a,

302 Abs. 1 den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zu übermitteln sind,

2. einheitliche technische Anforderungen für die Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten durch die Leistungserbringer oder die nach diesem Abschnitt vorgesehenen oder zugelassenen Übermittlungsstellen, für die Aufbereitung und Weiterleitung der nach Nummer 1 bestimmten Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 sowie für das Verfahren der Verschlüsselung und Reidentifikation nach Absatz 2 Satz 5,
3. das Verfahren der Korrektur von fehlerhaft übermittelten Abrechnungs- und Leistungsdaten,
4. die Inhalte der durch die Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 3 zu erstellenden Statistiken und Auswertungen.“

114. Nach § 294 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 294a

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher von drittverursachten Gesundheitsschäden, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.“

115. § 295 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden sowie in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes,

3. in den Abrechnungsunterlagen und auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln; soweit die Klassifikation fünfstelligen Schlüsselnummern enthält, kann die Verwendung dieser Schlüsselnummern vorgesehen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln.“
- b) Absatz 1a wird aufgehoben.
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Für die Abrechnung der Vergütung sowie für die in § 106 und § 303a Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern die in Absatz 1 genannten Angaben für jedes Quartal unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer nach § 293 Abs. 4; Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle sind kenntlich zu machen.“
- d) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben. Absatz 5 wird Absatz 4.
116. § 296 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird Absatz 1 und wie folgt geändert: Die Wörter „übermitteln die Krankenkassen“ werden durch die Wörter „übermittelt die Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird Absatz 2 und wie folgt geändert: Die Angabe „Absatz 3“ wird durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
- d) Absatz 5 wird Absatz 3 und wie folgt geändert: Die Wörter „Krankenkassen übermitteln“ werden durch die Wörter „Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1 übermittelt“ ersetzt.
117. § 297 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird Absatz 1 und wie folgt geändert: In Satz 1 werden die Wörter „Krankenkassen übermitteln“ durch die Wörter „Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Absatz 1 übermittelt“, die Angabe „Absatz 3“ wird durch die Angabe „Absatz 1“ und die Angabe „Absatz 5“ wird durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird Absatz 2.
118. § 299 wird gestrichen.
119. § 300 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Apotheken“ die Wörter „und weitere Anbieter von Arzneimitteln“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten ausschließlich für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert: Nach Nummer 2 wird folgende Nummer angefügt:
- „3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5.“
120. § 301 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Begründung“ die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ angefügt.
- bb) In Nummer 6 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und sonstigen Prozeduren“ angefügt.
- cc) Nummer 7 wird wie folgt gefaßt:
- „7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,“
- dd) In Nummer 8 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „soweit die Klassifikation fünfstelligen Schlüsselnummern enthält, kann die Verwendung dieser Schlüsselnummern vorgesehen werden.“

- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und sonstigen Prozeduren“ eingefügt sowie der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können.“
- cc) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.“
- dd) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung anzugeben.“
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Sofern bei Entlassung Arbeitsunfähigkeit besteht, erhält die Krankenkasse die Daten nach Satz 1 Nummern 5 und 6 auch dann, wenn sie nicht Kostenträger der Maßnahme ist.“
- bb) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden die Sätze 3 bis 5.
121. § 302 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „die Arztnummer des verordnenden Arztes“ ein Komma und die Wörter „die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund“ eingefügt.
- b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten ausschließlich für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen.“
122. § 303 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:
- aa) Folgender Satz 2 wird eingefügt:
- „Sie können die Vergütung bis zu einer Höhe von 90 vom Hundert entrichten, wenn zu erwarten ist, daß eine fehlende oder unzureichende Angabe der Daten nach Satz 1 innerhalb einer von ihnen zu setzenden Frist behoben wird.“
- bb) Satz 2 wird Satz 3 und wie folgt geändert:
- Die Angabe „§ 295 Abs. 1 Satz 3“ wird durch die Angabe „§ 303b Abs. 4“ ersetzt.
123. Nach § 303 werden folgende Paragraphen eingefügt:
- „§ 303a
- Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung
- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam bilden bis zum 30. Juni 2000 zur Verarbeitung der Daten für die in Absatz 2 genannten Zwecke Arbeitsgemeinschaften (§ 219); sie können diese Aufgaben auch einer bereits eingerichteten Arbeitsgemeinschaft übertragen.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 führen die ihnen nach § 294 Abs. 3 übermittelten Daten zusammen und bereiten sie auf zur Erstellung von Datengrundlagen für die nachgenannten Zwecke:
1. die Durchführung von Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113,
 2. die Vereinbarung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets nach § 84 Abs. 1 und die Erfassung der Ausgaben nach § 84 Abs. 2,
 3. die Vereinbarung von Richtgrößen nach § 106 Abs. 5,
 4. die Beratungen der Vertragsärzte nach § 305a,
 5. die Erfüllung von Steuerungsaufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände, insbesondere im Rahmen der Bedarfs- und Versorgungsplanung sowie der Vorbereitung und Durchführung der Verträge zur Vergütung der Leistungserbringer nach diesem Buch sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§§ 63ff., 73a, 140a ff.),
 6. die Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Institutionen sowie der Strukturen der medizinischen Versorgung und für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.
- Die nach Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 106 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 1 als Grundlage für Entscheidungen über die durchzuführenden Prüfungen übermittelt; sie sind mit Vorschlägen zur Durchführung der Prüfungen zu verbinden. Die nach Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 aufbereiteten Daten werden den zuständigen Krankenkassen und ihren Verbänden übermittelt. Die nach Satz 1 Nr. 2 bis 5 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden übermittelt. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets nach § 84 Abs. 1 an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. Die nach Satz 1 Nr. 6 aufbereiteten Daten werden der Arbeitsge-

meinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen nach Absatz 3 übermittelt. § 304 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam bilden bis zum 30. Juni 2000 eine Arbeitsgemeinschaft (§ 219); sie können die in diesem Absatz genannten Aufgaben auch einer bereits eingerichteten Arbeitsgemeinschaft übertragen. Die Arbeitsgemeinschaft nach Satz 1 erstellt auf der Grundlage der nach § 294 Absatz 4 Nr. 4 aufbereiteten und nach Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten statistische Auswertungen für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 genannten Zwecke; sie übermittelt diese Auswertungen dem Bundesministerium für Gesundheit und den zuständigen Ministerien der Länder. Die Arbeitsgemeinschaft unterstützt die nach Absatz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2. Sie untersucht und bewertet die Verfahren der Datenerfassung, -übermittlung und -auswertung in der gesetzlichen Krankenversicherung, macht Vorschläge zu deren Weiterentwicklung und berichtet regelmäßig über ihre Arbeitsergebnisse; die Berichte sind auch dem Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

§ 303b

Rechtsverordnungen und Bekanntgaben des Bundesministeriums für Gesundheit

(1) Sofern die nach den §§ 294 Abs. 2 Satz 1 und 303a Abs. 1 und 3 zu bildenden Einrichtungen nicht innerhalb der gesetzten Frist gebildet werden, kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Einrichtungen bilden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 294 Abs. 4 getroffenen Bestimmungen in Hinblick auf die Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben und Zielsetzungen und gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen im Bundesanzeiger bekannt. Sofern die Prüfung ergibt, daß die Voraussetzungen nach Satz 1 für die Inkraftsetzung der Bestimmungen nicht gegeben sind, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Bestimmungen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates treffen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen nach den §§ 295 Abs. 2 Satz 1, 296 und 297 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bekannt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels einschließlich der Zusatzkennzeichen nach den §§ 295 Abs. 1 Satz 2 und 301 Abs. 2 Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach den §§ 295 Abs. 1 Satz 4 und 301 Abs. 2 Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt.

(5) Sofern die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4

sowie die Richtlinien nach § 302 ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

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

125. Nach § 305 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 305a

Information der Vertragsärzte

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

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

126. § 306 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

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

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

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

128. § 311 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) In Absatz 2 wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

„Satz 6 und Satz 7 erster Halbsatz gelten für die Anstellung von Ärzten über die am 1. Oktober 1992 vorhandenen Fachgebiete hinaus, sofern vor Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.“

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

129. § 313a Abs. 3 wird aufgehoben.

Artikel 2**Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. In § 26 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
 - „5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.“
2. § 135 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 4 wird das Wort „und“ gestrichen.
 - b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach dem Komma das Wort „und“ eingefügt.
 - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:
 - „6. für Zeiten, in denen Versicherungspflicht wegen der außerschulischen Ausbildung von nicht satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft bestand, das Entgelt, das der Beitragsberechnung zu Grunde zu legen war.“
3. § 207a Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:
 - „1. nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,“
4. § 345 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:
 - „4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,“
 - b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.
5. § 347 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:
 - „4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen

Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,“

- b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.
6. § 349 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die
 1. in Einrichtungen für Behinderte an einer Maßnahme teilnehmen, die ihnen die Erwerbstätigkeit ermöglichen soll,
 2. in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder
 3. in geistlichen Genossenschaften oder ähnlichen religiösen Gemeinschaften als nicht satzungsmäßige Mitglieder für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden,
 gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.“

Artikel 3**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. 20 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „ohne Arbeitsentgelt“ eingefügt.
 - b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:
 - „(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.“
2. § 25 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Nummer 5 wie folgt gefaßt:
 - „5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, mindestens jedoch 630 Deutsche Mark, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.“
 - b) In Satz 2 wird das Wort „gilt“ durch die Wörter „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten“ ersetzt.
3. Dem § 27 wird folgender Satz angefügt:
 - „§ 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

4. § 61 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden die Wörter „Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung“ durch die Wörter „Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen“ ersetzt.
- b) In Absatz 6 Nr. 3 werden nach dem Wort „betreibt“ folgende Wörter eingefügt:
„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuß erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.“
- c) In Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:
„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre zu befristen.“

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

- a) In Satz 1 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
„§ 96 Abs. 3 Satz 1, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 sowie § 276 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend.“
- c) Satz 3 wird aufgehoben.

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

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

1. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:
„Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Die zuständige Landesbehörde stellt das Investitionsprogramm im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf; mit den übrigen unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Soweit Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht hergestellt wird, entscheidet auf Antrag einer der Parteien die Schiedsstelle nach Absatz 3. Die Landesbehörde ist an die Entscheidung der Schiedsstelle nicht gebunden.“

b) Folgende Absätze werden angefügt:

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

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

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

3. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „bis zur Zahlung über das neue Vergütungssystem nach § 17c“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c“ eingefügt sowie der zweite Halbsatz aufgehoben.
- c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Für die Finanzierung der Investitionen nach Absatz 3 gilt ab der Einführung des neuen Vergütungssystems § 17c Abs. 4 Satz 2. Im Jahr 2003 zahlt das Land an die Landesverbände der Krankenkassen, den Verband der Ersatzkassen und den

Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung monatlich ein Zwölftel der im Jahr 1998 insgesamt gezahlten Pauschalförderung; in den Jahren 2004 bis 2008 wird dieser Betrag jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Die Zuweisung der Mittel erfolgt entsprechend den auf die Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entfallenden Anteilen an der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage der Krankenhäuser im Land im jeweiligen Vorjahr; beim Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden die auf beihilfekonforme Prozenttarife entfallenden Tage mit 35 vom Hundert gewichtet. Die Weiterleitung der Mittel an die kostentragenden Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen sowie an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt auf der Grundlage des Verteilungsmaßstabes nach Satz 3.“

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

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

5. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu bemessen. Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c sind für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget und Pflegesätze zu vereinbaren. Sie müssen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen; die Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Nach Einführung des neuen Vergütungssystems ist für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen und der Zu- und Abschläge nach § 17c Abs. 1 und 6 zu vereinbaren. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“

b) Absatz 1 a wird aufgehoben.

c) In Absatz 2a Satz 3 werden nach der Angabe „1998“ die Wörter „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17c“ eingefügt.

d) In Absatz 4 Nr. 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und nach der Angabe § 18b ein Komma und die Wörter „soweit der Investitionsvertrag vor dem 1. Juli 1999 geschlossen wurde“ eingefügt.

e) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 1997 bis 1999“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 sind zweckgebunden zu verwenden; noch nicht verwendete Mittel sind auf einem gesonderten Konto zu buchen; über die Verwendung ist ein Nachweis zu führen.“

6. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

7. Nach § 17 a werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 17b

Vereinbarung eines landesweiten Gesamtbetrags

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren einen Gesamtbetrag als Obergrenze für die Vergütung der im Land erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen. Dabei sind auch die von anderen Kostenträgern und von nicht versicherten Patienten zu zahlenden Vergütungsanteile einzurechnen. Der Gesamtbetrag darf höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate verändert werden; eine Minderung des stationären Leistungsbedarfs ist bei der Vereinbarung des Gesamtbetrages zu berücksichtigen. Ein höherer Gesamtbetrag kann vereinbart werden, soweit Leistungen aus dem ambulanten Versorgungsbereich oder dem Rehabilitationbereich verlagert werden und in diesen Bereichen entsprechende Einsparungen erfolgen. Die Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu berücksichtigen. Vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bleiben außer Betracht. Der Gesamtbetrag ist jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren, für das Jahr 2000 bis zum 31. Januar 2000; dabei ist ein gesonderter Teilbetrag in Höhe von höchstens 1 vom Hundert für die Vergütung nicht vereinbarter Mehrleistungen festzulegen.

(2) Mehrerlöse des einzelnen Krankenhauses gegenüber dem Erlösbudget nach § 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 anteilig ausgeglichen; die den Krankenhäusern im Land insgesamt verbleibenden Mehrerlösanteile dürfen den gesonderten Teilbetrag nach Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz nicht überschreiten.

Das Krankenhaus meldet den Beteiligten nach Absatz 1 die tatsächlichen Erlöse aus Pflegesätzen für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum 31. Mai jeden Jahres; ein entsprechendes Testat eines Wirtschaftsprüfers, Steuerberaters oder vereidigten Buchprüfers ist beizufügen. Soweit der Teilbetrag nach Abzug entsprechender Mindererlösanteile anderer Krankenhäuser überschritten wird, setzen die Beteiligten nach Absatz 1 abweichend von Satz 1 erster Halbsatz höhere Ausgleichssätze für Mehrerlöse fest.

(3) Bei der erstmaligen Vereinbarung des landesweiten Gesamtbetrags für das Jahr 2000 ist die Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999 höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 in Verbindung mit Abs. 8 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate zu verändern; Absatz 1 Satz 4 bleibt unberührt; außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 2000 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen. Vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre sind gesondert durchzuführen. Für das Jahr 2003 ist bei Abrechnung der neuen Entgelte nach § 17c auf Grund der Übernahme der bisherigen Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 der Gesamtbetrag zusätzlich um den Betrag zu erhöhen, den das jeweilige Land im Jahr 1998 für Pauschalförderung aufgewandt hat; für die Jahre 2004 bis 2008 wird dieser zusätzliche Betrag jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Für das Jahr 2008 sind die Gesamtbeträge aufgrund der Übernahme der bisherigen Einzelförderung nach § 9 Abs. 1 und 2 zusätzlich um insgesamt 2,8 Milliarden Deutsche Mark und entsprechend dem Anteil des einzelnen Landes an der Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen zu erhöhen.

§ 17c

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige und mit den Landesverbänden der Krankenversicherungen nach § 18 Abs. 2 vereinbarte Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungs-

vergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren. Das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Entgelte wird in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorgegeben, nachdem die Selbstverwaltung die Entscheidung über die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems gefällt hat. Die Entgelte sind prospektiv so festzulegen, daß der landesweite Gesamtbetrag nach § 17b insgesamt nicht überschritten wird. Die so bestimmte Entgelthöhe ist ein Höchstpreis, von dem die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 abweichen können.

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

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Oktober 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere die zu Grunde zu legenden Fallgruppen. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen. Zur Erprobung des neuen Vergütungssystems sind die Krankenhäuser verpflichtet ab dem 1. Januar 2002 neben der weiterhin maßgeblichen Abrechnung von Pflegesätzen nach § 17 Abs. 2a parallel ihre Erlöse nach dem neuen Vergütungssystem zu berechnen. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a.

(4) Die Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems bilden ab

1. zum Zeitpunkt ihrer Einführung Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4b Satz 2 und 3 und Investitionskosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen,
2. zum 1. Januar 2008 Investitionskosten für sonstige Investitionen.

Die Instandhaltungs- und Investitionskostenanteile sind in den Bewertungsrelationen so zu berücksichtigen, daß sie den entsprechenden Mittelbedarf leistungsbezogen abbilden. Soweit die Entgelte Investitionskosten nach Satz 1 Nr. 1 und 2 beinhalten, können bei Universitätskliniken diese Anteile nicht berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung der zusätzlichen Kostenanteile im landesweiten Gesamtbetrag regelt § 17b Abs. 3.

(5) Soweit bis zum 31. Oktober 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der Fallgruppen, sowie ergänzend zu vereinbarenden Zu- und Abschläge nicht zustande kommt, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 31. Dezember 2000 den Inhalt durch Rechtsverordnung. Das Bundesministerium kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

(6) Soweit ein Krankenhaus aufgrund struktureller Besonderheiten mit den Entgelten des neuen Vergütungssystems nicht kostendeckend arbeiten kann, können die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 in den Jahren 2003 bis 2007 im Rahmen eines befristeten Restrukturierungskonzeptes Zuschläge zu den Entgelten vereinbaren. Voraussetzung ist, daß das Krankenhaus auf absehbare Zeit für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten notwendig ist. Die Vertragsparteien schließen einen entsprechenden Restrukturierungsvertrag; dieser ist mit dem Investitionsprogramm des Landes abzustimmen. In dem Restrukturierungsvertrag sind insbesondere die Verwendungszwecke, die Höhe der Zuschläge nach Satz 1 sowie die Dauer ihrer Gewährung und die Maßnahmen zu vereinbaren, zu denen sich der Krankenhausträger verpflichtet, um die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses zu verbessern. Die Zuschläge nach Satz 1 dürfen nur für vertraglich vereinbarte Zwecke verwendet werden. Mit dem Ziel, kurzfristig Umstrukturierungen zu erreichen, können entsprechende Restrukturierungsverträge bereits in den Jahren 2000 bis 2002 geschlossen werden. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1. Zuschläge zu Restrukturierungsverträgen dürfen nur im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrages nach § 17b Abs. 1 vereinbart werden.

(7) Das Nähere zur Einführung des neuen Vergütungssystems bestimmt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zum 1. Januar 2003.“

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Das Erlösbudget und die Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft kann sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind

1. der Krankenhausträger und
2. die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesauschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

bb) In Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

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

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

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

9. § 18b wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

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

„§ 12 Flexibles Erlösbudget“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

- bb) In Satz 3 werden das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt und nach dem Wort „müssen“ die Wörter „im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
- cc) Satz 4 wird aufgehoben.
- dd) Satz 5 wird wie folgt gefaßt:
„Die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags ist nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 zu beachten.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird jeweils das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- cc) Satz 4 wird aufgehoben.
- c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
3. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Budgetvereinbarung“ durch das Wort „Erlösbudgetvereinbarung“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft“.
4. § 6 wird aufgehoben.
5. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- bb) Satz 2 Nr. 4 zweiter und dritter Teilsatz werden wie folgt gefaßt:
„die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 einzurechnen, wie es ohne Ausgleich, Berichtigungen und Zuschläge vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,“
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
6. § 8 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Budget nach § 12“ durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:
„(5) Die in Absatz 1 oder 2 genannten Investitionskosten werden anteilig dem Restbudget nach § 12 Abs. 2 und den tagesgleichen Pflegesätzen sowie den Fallpauschalen zugerechnet.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
8. § 10 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit dem Erlösbudget nach § 12 Abs. 1 vergütet, das mit
1. Pflegesätzen nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und
 2. tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13
- den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird.“
9. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung“ ersetzt.
- b) Absatz 8 wird aufgehoben.
10. § 12 wird wie folgt gefaßt:
„§ 12
Flexibles Erlösbudget
- (1) Die Vertragsparteien vereinbaren nach den Vorgaben des § 3 für den Pflegesatzzeitraum ein Erlösbudget für die mit Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen vergüteten Leistungen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dürfen das Erlösbudget nur in der Höhe vereinbaren, in der zusammen mit den Budgetvereinbarungen aller übrigen Krankenhäuser im Land der landesweite Gesamtbetrag nach § 17b Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, vermindert um den Teilbetrag für nicht vereinbarte Mehrleistungen, eingehalten wird; vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre bleiben außer Betracht. Bei der Vereinbarung der Erlösbudgets sind, soweit das einzelne Krankenhaus betroffen ist, zu berücksichtigen:
1. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
 2. Leistungsverlagerungen, etwa in die ambulante Versorgung,
 3. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5,
 4. die Reduzierung von Einweisungen durch die Einführung gemeinsamer Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

5. Zuschläge auf Grund von Restrukturierungsverträgen nach § 17c Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
6. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, daß das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird,
7. und soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen, die Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung sowie im Beitrittsgebiet die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.

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

(2) Bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht vollständig mit Fallpauschalen berechnet werden, sind die voraus kalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten von dem Erlösbudget nach Absatz 1 abzuziehen (Erlösabzug); Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 sind einzubeziehen. Ergibt sich durch den Erlösabzug ein nicht mehr leistungsgerechtes Restbudget, sind entsprechende Abschläge von den Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vereinbaren. Für die Sonderentgelte nach § 11 Abs. 2 Satz 3 für die Behandlung von Blutern sind anstelle des Erlösabzugs die entsprechenden Kosten ausgliedern.

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

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus Pflegesätzen nach § 10 Abs. 1 von dem Erlösbudget nach Absatz 1 ab, werden Mehrerlöse zu 80 vom Hundert sowie die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 und aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2

Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht. Für Mehrerlöse nach Satz 1 aus Fallpauschalen und Sonderentgelten in der Transplantationsmedizin mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können niedrigere Vomhundertsätze vereinbart werden, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den oder die Vomhundertsätze fest. Im Falle einer Überschreitung des landesweiten Teilbetrags für Mehrerlöse sind abweichend von Satz 1 und 2 die höheren Ausgleichssätze nach § 17b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Restbudget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei den Pflegesatzverhandlungen der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6.“

11. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

12. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „Verlegungstag“ ein Komma und der Halbsatz „der nicht zugleich Aufnahmetag ist,“ eingefügt.
- b) In Absatz 6 Nr. 6 wird die Angabe „§ 11 Abs. 5, 6 und Abs. 8 Satz 7 und § 12 Abs. 4 Satz 7“ durch die Angabe „§ 11 Abs. 5 und 6 und § 12 Abs. 4 Satz 6“ ersetzt.
- c) Absatz 10 wird wie folgt gefaßt:

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

d) Folgender Absatz wird angefügt:

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

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragspar-

- teien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen.“
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Entgeltkataloge“ die Wörter „nach § 17 Abs. 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1 und 3“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
14. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
„Dabei dürfen die maßgebliche Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der landesweite Gesamtbetrag nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht überschritten werden; die voraussichtliche Entwicklung der Entgeltarten und -mengen ist zu berücksichtigen.“
- b) Absatz 3 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie das Entgelt nach Absatz 3“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- d) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
„Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15. Oktober, die Vereinbarung nach Absatz 2 bis zum 31. August jeden Jahres zu schließen.“
15. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
„Die Vertragsparteien regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Erlösbudget einschließlich der einzubeziehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Zu- und Abschläge sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze.“
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft“ und die Angabe „Anlagen 3 und 4“ durch die Angabe „Anlagen 1 und 2“ ersetzt sowie der zweite Halbsatz aufgehoben.
- bb) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz“ ersetzt durch die Wörter „Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „zur Beurteilung der Höhe der Kostenausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und“ gestrichen.
- e) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
16. In § 18 Abs. 1 wird jeweils das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
17. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“.
- bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Rechtsvorschriften“ ein Komma und die Wörter „insbesondere an die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags nach § 12 Abs. 1 Satz 2,“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:
„(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 12 Abs. 3 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1.“
18. In § 20 Abs. 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“.
19. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7 Satz 3“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 3“.
- b) In § 21 Abs. 4 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 8“ durch die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 7“ ersetzt.
20. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.
21. § 26 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „Vertragsparteien auf Landesebene“ ersetzt durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“.
- cc) In Satz 6 werden die Wörter „den Vertragsparteien auf Landesebene“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft“.

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses der Verbandes der privaten Krankenversicherung“ gestrichen.
- c) In Absatz 3 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.
- d) In Absatz 4 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.
22. § 28 wird aufgehoben.
23. Die Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung werden aufgehoben.
24. Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ wird Anlage 1 und wie folgt geändert:
- a) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Laufende Nummer 14 wird wie folgt gefaßt:
„Ausgleich nach § 12 Abs. 4“
- bb) In laufende Nummer 17 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“ ersetzt.
- cc) Die laufenden Nummern 18 und 19 werden gestrichen.
- dd) Die laufende Nummer 22 wird wie folgt gefaßt:
„Vorkalkul. Restbudget (Nrn. 12, 13, 20 und 21)“
- ee) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Restbudget“ ersetzt.
- ff) Laufende Nummer 25 wird gestrichen.
- b) Abschnitt K 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In der laufenden Nummer 9 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
- bb) Nach der laufenden Nummer 9 wird folgende Nummer eingefügt:
„9a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4“
- cc) In der laufenden Nummer 12 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
- c) Abschnitt K 7 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach der laufenden Nummer 21 wird folgende Nummer eingefügt:
„21a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4“
- bb) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
- d) Abschnitt K 8 wird aufgehoben.
- e) Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:
- aa) In Fußnote 1 wird die Angabe „1 000,00 DM“ durch die Angabe „TDM“ ersetzt.

- bb) In Fußnote 7 sind die Wörter „Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2000“ durch die Wörter „Für den Pflegesatzzeitraum“ ersetzt.
- cc) In Fußnote 9 wird Satz 1 aufgehoben.
- dd) In Fußnote 23 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Restbudget“ ersetzt und Buchstabe b gestrichen.
- ee) Fußnote 24 Buchstabe b wird gestrichen.
- ff) Fußnote 25 wird gestrichen.
- gg) In Fußnote 27 wird der Klammerhinweis aufgehoben.
- hh) Fußnote 29 Satz 3 wird aufgehoben.
- ii) Fußnote 30 Satz 2 Buchstabe b wird aufgehoben.
- jj) In Fußnote 39 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.
- kk) In Fußnote 40 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.
- ll) In Fußnote 41 wird Buchstabe b gestrichen.
25. Anlage 4 wird Anlage 2.

Artikel 6

Änderung

des Künstlersozialversicherungsgesetzes

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

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

Artikel 7

Änderung des Gesetzes

über die Krankenversicherung der Landwirte

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

„§ 32

Erstattung

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

Artikel 8**Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

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

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

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

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

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

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

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

5. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16a
Globalbudget

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

6. § 23 wird wie folgt geändert:

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

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

7. In § 37 Abs. 2 werden nach der Angabe „§§ 44 und 45“ die Wörter „sowie durch für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge“ eingefügt.

8. § 59 Abs. 2 wird aufgehoben.

Artikel 9**Änderung des Bundesvertriebenengesetzes**

§ 11 Abs. 5 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die Leistungen werden von der Krankenkasse gewährt, die der Berechtigte gewählt hat. Für die Wählbarkeit der Krankenkasse gilt § 173 Abs. 2 und § 175 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe entsprechend, daß bei Nichtausübung des Wahlrechts die Krankenkasse als gewählt gilt, bei der der Berechtigte erstmals Leistungen nach diesem Gesetz beantragt.“

Artikel 10**Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ... wird wie folgt geändert:

1. In § 51 Abs. 1 Satz 1 wird der 2. Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt; in Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses“ gestrichen.

2. In § 87 Abs. 2 wird das Wort „Zustellung“ durch das Wort „Bekanntgabe“ ersetzt.

Artikel 11**Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes**

Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) wird wie folgt geändert:

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

2. Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:

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

Artikel 12

Änderung der Reichsversicherungsordnung

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

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

2. Nach § 200 b wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 200c
Erstattung

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

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

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

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

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

5. § 414 b wird wie folgt geändert:

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

b) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bei den in § 35a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Krankenkassen der Zustimmung des Verwaltungsrates.“

Artikel 13

Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 – ASRG 1995

Artikel 11 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Nummer 18 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa bis cc und

Buchstabe c sowie Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 14

Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes

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

Artikel 15

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

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

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

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

2. § 12a wird wie folgt gefaßt:

„§ 12a

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

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der

Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre ... (Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung) beginnt, jährlich um 2 vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

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

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

3. § 12b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

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

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satz 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, daß die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämien erhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versicherten-

bestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.“

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

„Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen.“

4. Nach § 12d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 12e

Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, daß

1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung folgt, zu erheben ist,
 2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um 2 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 10 vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
 3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen,
 4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich widerspricht.“
5. In der Anlage Teil D Abschnitt I wird Nummer 3 wie folgt neu gefaßt:

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

- a) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
 - b) Hinweise auf Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter;
 - c) Hinweis darauf, daß eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist.“
6. In der Anlage Teil D Abschnitt II wird in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummern angefügt:
- „4. in der Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 bei jeder Prämienhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten,

die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muß Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Darüber hinaus ist ein Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standardtarif anzugeben. Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen.

5. Vor Abschluß eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen zu bestätigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt.“

Artikel 16

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

In § 3 Abs. 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

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

Artikel 17

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

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

- In § 3 Abs. 3 und 4 wird jeweils das Wort „dreijährigen“ durch das Wort „fünfjährigen“ ersetzt.
- Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

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

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

„Das gleiche gilt für die Erklärung des Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen sowie für den Widerruf dieser Erklärung. Ein Wechsel ist nur dann zulässig, wenn für das neue Fachgebiet oder für Hausärzte nach § 101 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind.“

Artikel 18

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

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

- Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:

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

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

Artikel 19

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

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

„§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten
des Standardtarifes
der privaten Krankenversicherung

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

Artikel 20**Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

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

„§ 5 a

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

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

Artikel 21**Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien**

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

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

Artikel 22**Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

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

Artikel 23**Überleitungsvorschriften**

§ 1

Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder regeln die Durchfüh-

rung der nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung erforderlichen Organisationsänderungen bis zum 30. Juni 2000.

§ 2

Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

§ 3

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

§ 4

Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

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

§ 5

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

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

§ 6

Rückkehr in die private Krankenversicherung

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

§ 7

Ausschluß der Familienversicherung

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

§ 8

Errichtungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen

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

§ 9

Weitergeltung von Strukturverträgen

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

Artikel 24**Inkrafttreten**

(1) Artikel 1 Nr. 86 und Artikel 23 § 8 treten mit Wirkung vom ... (Tag der ersten Lesung) in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 36, 37, 38, 39, 40, 49, 51, 52, 128 Buchstabe c sowie Artikel 17 Nr. 2 und Artikel 18 Nr. 1 treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 102 tritt am 1. Januar 2001 insoweit in Kraft, als die §§ 268, 269, 271, 272, 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben werden.

(3) Artikel 1 Nr. 58, 59, 61 treten am 1. Januar 2003 in Kraft.

(4) Artikel 4 Nr. 1 tritt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am 1. Januar 2005 und im übrigen Bundesgebiet am 1. Januar 2000 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 50 sowie Artikel 17 Nr. 1 treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nr. 115 Buchstabe c, 116, 117 treten an dem durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 303b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft.

(7) Am Tage des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 34a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten in Kraft: Artikel 1 Nr. 17, 18, 46 Buchstabe b und Buchstabe c sowie Nr. 48

(8) Die Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.

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

Bonn, den 23. Juni 1999

Dr. Peter Struck und Fraktion

Rezzo Schlauch, Kerstin Müller (Köln) und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Falle einer Krankheit werden die Menschen in Deutschland auf einem hohen Versorgungsniveau behandelt. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer sind die Garanten dafür, daß die umfassenden Versorgungsleistungen der breiten Bevölkerung zur Verfügung stehen und für die Versicherten unabhängig von der Höhe ihres Einkommens bezahlbar bleiben. Um diesen Versorgungsstandard zu erhalten und weiterzuentwickeln, bedarf es jedoch erhöhter Anstrengungen, die vorhandenen Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung zielorientierter und effizienter einzusetzen. Starre Versorgungsstrukturen, die einer patientengerechten Versorgungsplanung im Wege stehen, sowie eine nicht ausreichende Orientierung der Versorgung an anerkannten Qualitätsstandards erzeugen einen permanenten Druck zu kostenträchtiger und expansiver Leistungserbringung. Diese Defizite führen zu einer Fehlversorgung, die mit einem ineffizienten Ressourcenverbrauch einhergeht.

Vor diesem Hintergrund sollen mit der Gesundheits-Reform 2000 die Qualität und die Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen und in der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft verbessert werden. Die Gesundheits-Reform 2000 soll:

- eine qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems sichern,
- ein Gesundheitssystem festigen, das die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patienten achtet, ihre Eigenkompetenz stärkt und ihnen systembedingte Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erspart,
- der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation einen hohen Stellenwert einräumen,
- einen effizienten Einsatz der Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung und eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze sichern.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß das gegenwärtige Finanzierungsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung mit seiner Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen zur Sicherstellung einer medizinischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau und stabilen Beitragssätzen dann ausreicht, wenn die ressourcenverzehrenden Defizite in der Versorgung durch Rationalisierung beseitigt werden. Eine Politik der Rationierung, die medizinisch indizierte Leistungen aus der GKV herausnimmt, wird dadurch vermieden. Stabile

Beitragssätze und hohe Versorgungsqualität sind auch weiterhin vereinbare Ziele.

Das Ziel eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems wird nur zu erreichen sein, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ konsequent umzusetzen. Die Orientierung an Qualitätskriterien muß durch Entwicklung und verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien erleichtert und das Vergütungssystem den Anforderungen einer patientengerechten Versorgung angepaßt werden. Ohne die Stärkung der beratenden und steuernden Funktion der Hausärzte ist dauerhaft eine effiziente, hohen Qualitätsansprüchen genügende medizinische Versorgung der Patienten nicht denkbar. Dazu bedarf es auch einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung, deren Mängel fast alle Beteiligten im Gesundheitswesen seit langem beklagen. Die zahnmedizinische Versorgung ist konsequent an der Vermeidung von Zahnschäden zu orientieren. Für ein modernes Gesundheitswesen ist die Gesundheitsförderung ebenso unverzichtbar wie wirksame Maßnahmen zum Patientenschutz, stärkere Rechte und Informationsmöglichkeiten für die Patienten und die aktive Einbindung und Förderung der Selbsthilfe.

Die Bundesregierung unterstreicht dabei die herausragende Bedeutung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat die wesentlichen Rahmenbedingungen zu setzen, in denen die Selbstverwaltung mit Hilfe verschiedener Instrumente die gesundheitliche Versorgung steuert.

2. Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Entlastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und als wichtige beschäftigungspolitische Voraussetzung zur Schaffung neuer Arbeitsplätze will die Bundesregierung die Lohnnebenkosten auf unter 40 Prozent absenken. Hierzu wurden in einem ersten Schritt im Rahmen der ökologischen Steuer- und Abgabenreform die Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung um 0,8 Prozentpunkte zum 1. April 1999 gesenkt. Unerläßlich ist, die Beitragssätze auch in der Krankenversicherung dauerhaft zumindest zu stabilisieren.

Insgesamt hatte die GKV Ende 1998 mit Betriebsmitteln und Rücklagen von rd. 7,5 Milliarden DM ausreichende Finanzreserven, die bei einer konsequenten einnahmorientierten Ausgabenentwicklung gute Voraussetzungen für stabile Beitragssätze bieten. Rund 250 Milliarden DM haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten ausgegeben. Auch bei stabilen Beitragssätzen

können diese Ausgaben im Gleichklang mit der Entwicklung der Einnahmen der Mitglieder der Krankenkasse steigen. Damit werden die Ressourcen für die medizinische Versorgung auch an die wirtschaftliche Entwicklung gekoppelt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die GKV-West Ende 1998 über Finanzreserven in einer Größenordnung von rd. 9,2 Milliarden DM (ca. 0,5 Monatsausgaben) verfügt, die GKV-Ost aber Schulden von rd. 1,7 Milliarden DM (ca. 0,45 Monatsausgaben) abtragen muß.

Deshalb ist es wichtig und gerechtfertigt, daß die ostdeutschen Krankenkassen erstmals im Jahr 1999 bis zu 1,2 Milliarden DM als Finanzhilfe im Rahmen des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs aus den alten Bundesländern erhalten können; ab dem Jahr 2000 entfällt auch diese Obergrenze. Mit der Aufhebung der zeitlichen Befristung dieser Ausgleichsleistungen durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz wurde diesem Ausgleich dauerhaft eine sichere Grundlage gegeben.

Unter Berücksichtigung der ausgabenbegrenzenden Regelungen des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes und der Neuregelung für die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse, die zu geschätzten Mehreinnahmen der Krankenkassen von rd. 1,3 bis 1,4 Milliarden DM in 1999 und rd. 2 Milliarden DM im Jahr 2000 führt, bestehen gute Voraussetzungen dafür, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung auch 1999 kein Finanzdruck entsteht und die Beitragssätze weiterhin stabil bleiben können.

Problematisch sind auf der Basis der Finanzdaten des 1. Quartals 1999 die aktuellen hohen Steigerungsraten im Krankenhausbereich und vor allem im Arzneimittel-sektor. Das zeigt nicht nur die Notwendigkeit zu den beschlossenen ausgabenbegrenzenden Regelungen im Rahmen des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes. Sie verdeutlichen auch den dringenden Bedarf, im Rahmen der Strukturreform 2000 den Krankenhausbereich in die Gesamtverantwortung zur Sicherung der Beitragssatzstabilität stärker einzubinden und durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung zu verbessern. Ebenso unzweideutig zeigt die Entwicklung im Arzneimittelbereich, daß wirksame Arznei- und Heilmittelbudgets ebenso wie die Entwicklung einer Positivliste im Rahmen der Strukturreform unverzichtbar sind.

Sowohl das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz als auch die Maßnahmen zur Strukturreform 2000 setzen genau an den Schwachpunkten der bisherigen Ausgabensteuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung an.

3. Versäumnisse der alten Bundesregierung

Die alte Bundesregierung von CDU/CSU und F.D.P. konnte in der vergangenen Legislaturperiode die Stabilität der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewährleisten. Der aktuelle Durchschnitts-Beitragssatz von 13,6 Prozent lag um rd. 0,5 Beitragssatzpunkte oberhalb des Niveaus zu Beginn der 13. Legislaturperiode Anfang 1995. Das „Beitragsentlastungs-

gesetz“ sowie das „1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ haben das erklärte Ziel, das Beitragssatzniveau der Krankenkassen zu senken, nicht erreicht. Diese gesetzlichen Regelungen haben nicht verhindern können, daß bis Mitte 1997 ein erneuter Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dazu beigetragen hat, daß die Lohnnebenkosten auf ein Rekordniveau gestiegen sind. Dies hat die internationale Wettbewerbsposition Deutschlands geschwächt und den Anstieg der Arbeitslosigkeit beschleunigt.

Diese zum 1. Januar bzw. zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Gesetze haben nicht nur ihr Ziel einer Senkung und dauerhaften Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge verfehlt, sondern auch zu sozial- und gesundheitspolitisch unververtretbaren finanziellen Belastungen der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten geführt. Drastische Erhöhungen der Zuzahlungen, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung, haben vor allem chronisch Kranke und ältere Patienten belastet. Darüber hinaus haben Leistungsausschlüsse wie z. B. die Ausgrenzung des Zahnersatzes für Kinder und Jugendliche dazu geführt, daß Kinder aus einkommensschwachen Familien sich Zahnersatz nicht mehr leisten können. Auf der anderen Seite wurden die Leistungserbringer von ausgabenbegrenzenden Regelungen völlig ausgenommen. Wirksame Steuerungsinstrumente, die geeignet erscheinen, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern, kamen nicht zur Anwendung oder wurden zurückgenommen.

Vor diesem Hintergrund haben SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik eingeleitet und sich auf Maßnahmen verständigt, die für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen bei stabilen Beitragssätzen sorgen sollen.

4. GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz als erster Schritt

Bereits zu Beginn ihrer Regierungstätigkeit hat die Bundesregierung im Rahmen eines „Vorschaltgesetzes“ in einem ersten Schritt unververtretbare Belastungen für Versicherte und Patienten zurückgenommen und zugleich durch eine vorläufige, kurzfristig wirksame Ausgabenbegrenzung die notwendige Stabilität der Beitragssätze sichergestellt. Das von den Koalitionsfraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachte „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das zum 1. Januar 1999 in Kraft getreten ist, hat für das Jahr 1999 durch Ausgabenbegrenzungen in den zentralen Leistungsbereichen der GKV die Voraussetzungen für stabile Beitragssätze geschaffen. Gleichzeitig wurden die Zuzahlungen bei Arzneimitteln reduziert, die Härtefallregelungen für chronisch Kranke verbessert und unververtretbare Leistungsausschlüsse (Zahnersatz für Kinder und Jugendliche) und die Elemente der privaten Versicherungswirtschaft, wie Kostenerstattung und Beitragsrückgewähr – die die bewährten Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung gefährden – zurückgenommen.

5. Handlungsbedarf in einzelnen Bereichen

Der spezifische Handlungsbedarf für die Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes ergibt sich aus den seit langem bekannten Mängeln des Systems der gesundheitlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu zählen insbesondere

- eine starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und vermeidbarer Doppeluntersuchungen,
- Defizite in der hausärztlichen Versorgung, durch die die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes nicht in adäquater Weise genutzt und die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten und Fachärzten gefördert werden,
- eine zahnmedizinische Versorgung, in der zahnerhaltende und prophylaktische Maßnahmen gegenüber Zahnersatz noch nicht den notwendigen Stellenwert erhalten und in der es an entsprechenden Anreizsystemen zur Vermeidung von Fehlsteuerungen zahnmedizinischer Leistungserbringung mangelt,
- eine Arzneimittelversorgung, die durch eine unübersichtliche Arzneimittelvielfalt gekennzeichnet ist und in der wichtige Voraussetzungen für eine an Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierte rationale Arzneimitteltherapie fehlen,
- ein Krankenhausbereich, dem durch ein duales Finanzierungssystem und eine unzureichende Beteiligung der Krankenkassen an der Kapazitätsplanung entscheidende Voraussetzungen für bedarfsgerechte Investitionen fehlen und in dem das entscheidende Steuerungsinstrument für eine leistungsgerechte Mittelverteilung für den gesamten stationären Behandlungsablauf fehlt, solange kein durchgängig pauschaliertes Entgeltsystem existiert,
- das Fehlen qualitätsgesicherter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich Angeboten der Selbsthilfe, die bislang nicht den notwendigen Stellenwert als wichtige Ergänzung zum professionellen Medizinbetrieb haben,
- bisherige Beschränkungen der Qualitätssicherung auf Berufsgruppen oder Versorgungsbereiche und fehlende Voraussetzungen für umfassendes systematisches Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Bereich, mit der Folge mangelhafter Information und Beratung der Patienten,
- die Einführung neuer medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren in das medizinische Versorgungssystem ohne professionelle und unabhängige Technologiebewertung,
- eine mangelnde Nutzung der medizinisch-fachlichen Kompetenz des Medizinischen Dienstes,
- eine einseitige Ausrichtung unseres Gesundheitssystems auf Leistungserbringer und Kostenträger und Fehlen einer wirksamen Verankerung des Patientenschutzes sowie umfassender rechtlich abgesicherter Informationen und Aufklärung der Versicherten und Patienten,

- das Fehlen einer sektorübergreifenden Ausgabensteuerung, die die strikte sektorale Budgetierung ersetzt, Beitragssatzstabilität gewährleistet und zugleich die finanziellen Ressourcen dorthin steuert, wo eine bedarfsgerechte Leistungserbringung stattfindet („Geld folgt der Leistung“),
- eine ambulante Überversorgung durch eine weiter wachsende Zahl von Vertragsärzten mit der Folge einer nicht bedarfsgerechten Expansion ärztlich erbrachter und ärztlich veranlaßter Leistungen,
- Mängel in der Datentransparenz und den Datengrundlagen, die die Steuerung des Leistungsgeschehens in der GKV erheblich erschweren,
- Mängel in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung, in denen einerseits professionelle Organisationsstrukturen fehlen und andererseits Minderheitengruppierungen nicht den gebührenden Stellenwert erhalten,
- Wettbewerbsverzerrungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, die insbesondere einem Teil der Betriebs- und Innungskrankenkassen ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile verschafft haben,
- Verzerrungen im Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die zu unverhältnismäßigen Belastungen der GKV und Mißbrauchsmöglichkeiten an der Nahtstelle zwischen GKV und PKV beitragen und ihre Ursachen auch in unverhältnismäßigen Prämienbelastungen älterer Privatkrankenversicherter haben,
- unverhältnismäßige Beitragsbelastungen von freiwillig versicherten Rentnern mit einer geringen Rente und eine damit verbundene Benachteiligung gegenüber pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentnern.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Der Entwurf eines „Gesetzes zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000“ wurde in Absprache mit den Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erarbeitet.

Danach sind zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Der Verbesserung der Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen wird erreicht durch:

- integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und ihren bevollmächtigten Verbänden und Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten; soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage einer zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung

und Spitzenverbänden zu schließenden Rahmenvereinbarung beteiligt, die Kassenärztlichen Vereinigungen können allerdings auch selbst Vertragspartner in integrierten Versorgungsformen werden,

- eine bedarfsabhängige Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen auf der Grundlage eines entsprechenden Kataloges, den die Selbstverwaltungen auf Bundesebene vereinbart,
- eine Verbesserung der Möglichkeiten zur Vereinbarung differenzierter und versorgungsbedarfsgerechter Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung in Krankenhäusern durch Verträge zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen,
- die Erweiterung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen um stationärsersetzender Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung; die stationäre Erbringung solcher Leistungen wird auf medizinisch begründete Ausnahmen begrenzt und von einer vorherigen Zustimmung durch die Krankenkasse abhängig gemacht,
- die Notfallversorgung im Krankenhaus durch Vertragsärzte.

2. Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes wird gestärkt durch:

- eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten, Fachärzten und den anderen Leistungserbringern durch Erweiterung der Dokumentationsbefugnisse des Hausarztes und zeitnahe Übermittlung von Befunden und Berichten,
- die Sicherung eines angemessenen Honoraranteils für Hausärzte im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs, der auf der Grundlage bundeseinheitlicher – zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten – Kriterien festgesetzt wird,
- die Fortsetzung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an der Weiterbildung zum Allgemeinarzt,
- Ermöglichung der Erprobung von finanziellen Anreizsystemen für den Versicherten beim Verzicht der Direktinanspruchnahme von Fachärzten durch die Krankenkassen in Modellvorhaben.

3. Stärkere Orientierung auf Prävention, bedarfsgerechte Behandlung und Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

Die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung wird verbessert durch:

- die Erweiterung der Gruppenprophylaxe für besondere Risikogruppen auch über das 12. Lebensjahr hinaus,
- die Modernisierung des GKV-Leistungskataloges, der dem Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde entsprechend umzugestalten ist,

– die Neuregelung der Bewertungsrelationen, die für eine gleichwertige Bewertung zwischen Vergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie und zahnerhaltenden und präventiven Leistungen sorgen soll.

4. Verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung

Im Bereich der Arzneimittelversorgung sollen insbesondere folgende Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beitragen:

- Gründung eines Instituts für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit, bestehend aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle,
- Erstellung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel (Positivliste) durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit,
- Wiedereinführung der gesetzlichen Verpflichtung zur Abgabe von Re-Import-Arzneimitteln,
- Vereinbarung von Arznei- und Heilmittelbudgets unter besonderer Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitsreserven durch Orientierung an den alters- und geschlechtsbereinigten Pro-Kopf-Ausgaben der drei günstigsten Budgetregionen.

5. Bedarfsgerechte Investitionen im stationären Bereich

Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung wird durch eine bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung und ein leistungsbezogenes Vergütungssystem verbessert. Dies wird erreicht durch:

- Vereinbarung eines „landesweiten Gesamtbetrages“ (als Obergrenze), mit dem die von den Krankenhäusern im Land erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet werden,
- Stärkung des Vereinbarungsprinzips bei den Pflegesatzverhandlungen,
- Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems ab dem 1. Januar 2002 mit anschließender einjähriger Erprobungsphase; Abrechnung der Krankenhausleistungen über das neue System ab 1. Januar 2003,
- Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Instandhaltungspauschale für die Finanzierung der großen Instandhaltungsmaßnahmen durch die Krankenkassen (erster Schritt zur monistischen Finanzierung),
- Finanzierung der pauschalen Fördermittel über das neue Vergütungssystem ab dem 1. Januar 2003 (zweiter Schritt zur monistischen Finanzierung); bis zum Jahr 2008 schrittweise Zurückführung der Finanzierung der Länder,
- Finanzierung der Einzelinvestitionsförderung ab 1. Januar 2008 (dritter Schritt zur monistischen Finanzierung) über das neue Vergütungssystem; Länder beteiligen sich an der Gegenfinanzierung, indem sie ab diesem Zeitpunkt den Krankenkassen die Aufwendungen für die versicherungsfremden Leistungen des Mutterschafts- und Sterbegeld erstatten.

6. Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Gesundheitsförderung und Selbsthilfe werden als wichtige Bausteine flankierend zum professionellen Medizinbetrieb gestärkt.

- Die Krankenkassen können in ihren Satzungen Leistungen zur speziellen Gesundheitsförderung und betrieblichen Gesundheitsförderung auf der Grundlage eines einheitlichen Katalogs qualitätsgesicherter Maßnahmen der Spitzenverbände der Krankenkassen vorsehen; dafür gilt eine finanzielle Obergrenze von insgesamt 5 DM je Versicherten je Kalenderjahr.
- Die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird aufgrund einheitlicher Förderkriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen als „Soll-Leistung“ mit einem Förderbetrag von maximal 1,- DM je Versicherten je Kalenderjahr gestärkt.

7. Förderung der Rehabilitation

Der Stellenwert der Rehabilitation als eine vorrangige Aufgabe im System der gesundheitlichen Versorgung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen erhöht:

- Abgrenzung des Rehabilitationsbegriffs von Krankenbehandlung und Vorsorge,
- Absenkung von Zuzahlungen für stationäre Rehabilitationsleistungen auf das Niveau der Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung,
- Flexibilisierung der dreiwöchigen Regeldauer für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation durch von den Spitzenverbänden zu vereinbarenden Leitlinien, in denen eine indikationsspezifische Regeldauer festgelegt wird,
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation.

8. Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker

Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker wird durch die Einführung der ambulanten Soziotherapie Rechnung getragen. Durch die neue Leistung sollen unnötige Krankenhausaufenthalte schwer psychisch Kranker und damit verbundene unnötige Kostenbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden werden.

9. Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung

Die Qualität der medizinischen Versorgung soll durch ein umfassendes System der Qualitätssicherung, die Bewertung von Kosten und Wirtschaftlichkeit medizinischer Technologien und die verbesserte Nutzung des Medizinischen Dienstes verbessert werden:

a) Qualitätssicherung

Die Instrumente zur Qualitätssicherung sollen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens konsequent ausgebaut und genutzt werden:

- Für alle Leistungsbereiche wird ein gesetzliches Qualitätssicherungsgebot eingeführt.
- Für Ärzte/Zahnärzte, Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird umfassendes Qualitätsmanagement verpflichtend.
- Die Möglichkeiten zur effektiven Umsetzung von Qualitätsvereinbarungen und zur Sanktionierung von deren Einhaltung werden geschaffen.
- Für die stationären Krankenhausleistungen wird ein Gremium geschaffen, das etablierte und neue medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich sind (ähnlich wie in der vertragsärztlichen Versorgung).

b) Bewertung medizinischer Technologien

Ähnlich wie in anderen Ländern soll eine an wissenschaftlichen Kriterien orientierte unabhängige und professionelle Bewertung medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren institutionalisiert werden. Dazu wird beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung von Wirksamkeit und Kosten medizinischer Verfahren und Technologien errichtet.

c) Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll neben Einzelfallbegutachtungen verstärkt zur Beratung der Krankenkassen genutzt werden. Diesen Zielen dienen:

- stärkere Einbindung der Kompetenz der Medizinischen Dienste bei der medizinischen Steuerung der Leistungen der GKV,
- Erleichterung der Überprüfungen des Leistungsspektrums von Krankenhäusern durch die Medizinischen Dienste.

10. Erweiterung von Patientenrechten und Patientenschutz

Bislang nur in Ansätzen vorhandene Maßnahmen zu Patientenrechten und Patientenschutz werden ausgebaut durch:

- finanzielle Unterstützung von Verbraucher- und Beratungsstellen durch die Krankenkassen im Rahmen von Modellvorhaben,
- Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen,
- Ermöglichung der Beratung der Versicherten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

11. Stabilisierung der Beitragssätze und Erleichterung der sektorenübergreifenden Versorgung durch ein Globalbudget

Mit Hilfe eines sektorübergreifenden Globalbudgets werden die Voraussetzungen für die Stabilisierung der

Beitragsätze bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Leistungs- und Ausgabensteuerung geschaffen:

- Festlegung und Fortschreibung sämtlicher jährlicher Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Globalbudgets bei den einzelnen Krankenkassen,
- Flexibilisierung der Leistungs- und Ausgabensteuerung zwischen den einzelnen Leistungssektoren,
- Anbindung der Entwicklung der Globalbudgets an die bundesdurchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. an die nach Beitrittsgebiet und früherem Bundesgebiet getrennte Veränderungsrate, sofern der Zuwachs im Beitrittsgebiet den Zuwachs im früheren Bundesgebiet überschreitet,
- Verpflichtung der Krankenkassen, eine Überschreitung der Obergrenze des Globalbudgets innerhalb von zwei Jahren auszugleichen,
- Verpflichtung der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der einzelnen Krankenkasse die Maßnahmen zur Einhaltung der Globalbudgets abzustimmen,
- Kontrolle durch die Aufsichtsbehörde.

12. Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der GKV

Die Datentransparenz und Datengrundlagen als entscheidende Voraussetzungen zur Steuerung des Leistungs- und Ausgabengeschehens sollen durch folgende Maßnahmen verbessert werden:

- verbesserte Bereitstellung der steuerungsrelevanten Daten in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- kassenartenübergreifende Datenzusammenführung durch Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände für Steuerungsaufgaben im GKV-System sowie für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.

13. Stärkung der Selbstverwaltung

Ähnlich wie im Bereich der Selbstverwaltung der Krankenkassen werden auch die Voraussetzungen für eine professionelle Struktur in den Selbstverwaltungen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geschaffen und zugleich die demokratischen Rechte von Minderheitengruppierungen in der Ärzte- und Zahnärzteschaft gestärkt. Dies geschieht durch:

- Neuordnung der inneren Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen durch Bildung eines Verwaltungsrats und eines hauptamtlichen Vorstands,
- Verbindliche Einführung des Verhältniswahlrechts zum Schutz von Minderheitengruppen,
- Zusammenschluß kleiner Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigungen,
- Erweiterung des Kreises der anhörberechtigten nichtärztlichen Leistungserbringer beim Erlaß von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

14. Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Der Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, einer Vermeidung von Risiko-selektionen zu Lasten der GKV und der Begrenzung der Prämienbelastungen älterer Privatversicherter dienen folgende Maßnahmen:

- Beschränkung des Wechsels von bisher PKV-Versicherten zur GKV für ältere Personen,
- Vermeidung unzumutbarer Prämienbelastungen von PKV-Versicherten im Alter durch eine Stärkung der sozialen Schutzfunktion des PKV-Standardtarifs,
- Absenkung der GOÄ/GOZ-Gebührensätze zur Erleichterung der Prämienbegrenzung für ältere PKV-Versicherte im Rahmen des Standardtarifs,
- Umsetzung von Vorschlägen der „unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ (BT-Drucksache 13/4945) durch Maßnahmen im Versicherungsaufsichtsgesetz zur Prämienermäßigung insbesondere im Alter und zur Verbesserung des Verbraucherschutzes in der privaten Krankenversicherung.

Darüber hinaus bestehende Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sollen im Rahmen einer Organisationsreform, die in einem gesonderten Gesetz geregelt wird, abgebaut werden. Als kurzfristige Übergangsregelung soll das Recht zur Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen bis zum 31. Dezember 2000 ausgesetzt werden.

15. Abbau der ambulanten Überversorgung/Bedarfsplanung

Zum Abbau ambulanter Überversorgungen mit Vertragsärzten und der Verhinderung einer damit verbundenen Expansion ärztlich erbrachter und ärztlich veranlaßter Leistungen sollen folgende Maßnahmen beitragen:

- Ersatz der bisherigen regionalen Umverteilungsplanung durch eine Bedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ab 2003 auf der Grundlage gesetzlich zu regelnder Verhältniszahlen,
- als Sofortmaßnahme Festschreibung der gegenwärtigen Überversorgungsgrenzen der regionalen Umverteilungsplanung bis zum Inkrafttreten der Bedarfszulassung,
- Möglichkeit der Schließung von Vertragsarztpraxen in überversorgten Regionen gegen Zahlung einer Entschädigung bei Praxisaufgabe durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen.

16. Mehr Beitragsgerechtigkeit für Bezieher einer geringen Rente

Um unzumutbare Beitragsbelastungen von freiwillig versicherten Kleinrentnern zu vermeiden, soll dieser Personenkreis statt der Zahlung der bisherigen Mindestbeiträge zukünftig aus der Rente nur noch einkommensproportionale Beiträge entrichten.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Für den dargestellten Handlungsbedarf sind bundesgesetzliche Regelungen erforderlich, da die Gesetzgebungskompetenz insoweit dem Bund zugeordnet ist. Bundesgesetzliche Regelungen sind zudem erforderlich, um weitgehend einheitliche Voraussetzungen für einen hochwertigen Schutz bei Krankheiten zu gewährleisten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß Personen, die ein in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebenes Praktikum gegen Entgelt verrichten, und die in dieser Zeit nicht als Studenten eingeschrieben sind, als Arbeitnehmer versicherungspflichtig sind. Diese Klarstellung ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 3. Februar 1994 – 12 RK 78/92 – erforderlich geworden. Sie bewirkt eine einheitliche versicherungsrechtliche Beurteilung dieser Personen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung und stellt die Rechtslage wieder her, die nach der Praxis der Krankenkassen vor dem Urteil bestanden hat.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt klar, daß Postulanten und Novizen, die in der Zeit ihrer Ausbildung für den Dienst in einer geistlichen Genossenschaft noch keine satzungsmäßigen Mitglieder ihrer Gemeinschaften sind, der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen und damit ihrem sozialen Schutzbedürfnis entsprechend in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen sind. Diese Klarstellung ist nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 1996 – 12 RK 2/96 – erforderlich geworden, die zu einer teilweise uneinheitlichen versicherungsrechtlichen Beurteilung der Betroffenen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung geführt hat. Durch die Regelung wird die frühere Rechtspraxis wiederhergestellt. Das gleiche gilt für die Angehörigen ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit ihrer Ausbildung für den Dienst in einer solchen Gemeinschaft.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine flankierende Maßnahme insbesondere zum Schutz des in § 6 Abs. 3a genannten Personenkreises vor einer unfreiwilligen Nichtversicherung. Aufgrund der Neuregelung in § 6 Abs. 3a sowie darüber hinaus aufgrund der seit 1989 kontinuierlichen Einschränkung der Beitrittsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung ist es geboten, Personen, die eine private Krankenversicherung in der Annahme einer hinreichenden Versicherung in der gesetzlichen Kranken-

versicherung gekündigt haben, ein Recht auf Neuabschluß des Vertrages zu geben.

Das Recht auf Neuabschluß des Vertrages zu den gleichen Tarifbedingungen stellt sicher, daß für die betroffenen Personen keine Lücken im Versicherungsschutz auftreten. Die Fristen für die Ausübung des Rechtes auf Neuabschluß des Vertrages dienen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit und sollen Mißbräuche verhindern. Die Frist von einem Jahr ist erforderlich, weil erst eine Vorversicherungszeit von zwölf Monaten einen dauerhaften Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V).

Der Versicherer wird in den Fällen, in denen eine gesetzliche Versicherung nicht zustande gekommen ist, finanziell so gestellt, als hätte es eine zwischenzeitliche Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses nicht gegeben. In den Fällen, in denen für die betroffenen Personen ein zeitweiliger wirksamer Schutz in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat, wird der Neuabschluß des privaten Krankenversicherungsvertrages erst ab dem Zeitpunkt der Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung wirksam. Da es sich bei dem betroffenen Personenkreis um langjährig Privatversicherte handelt, für die den Versicherern die Alterungsrückstellungen bereits zugeflossen sind, werden die Versicherungsunternehmen durch diese Regelung nicht unzumutbar benachteiligt.

Nach der Koalitionsvereinbarung ist eine Reform des Versicherungsvertragsrechts vorgesehen. Im Rahmen dieser Reform soll die Vorschrift aus rechtssystematischen Gründen in das Versicherungsvertragsgesetz übernommen werden.

Zu Nummer 2 (§ 6 Abs. 3a)

Die Neuregelung dient einer klareren Abgrenzung zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und dem Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten. Sie folgt dem Grundsatz, daß versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, diesem System auch im Alter angehören sollen. Dieser Grundsatz, der bereits in den für eine Pflichtmitgliedschaft als Rentner (§ 5 Abs. 1 Nr. 11) oder für einen freiwilligen Beitritt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1) gesetzlich geforderten Vorversicherungszeiten zum Ausdruck kommt, wird mit der Neuregelung gestärkt.

Nach geltendem Recht können diese Personen z. B. durch Veränderungen in der Höhe ihres Arbeitsentgelts, durch Übergang von Voll- in Teilzeitbeschäftigung oder von selbständiger Tätigkeit in eine abhängige Beschäftigung oder durch Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung auch dann Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, wenn sie vorher zu keinem Zeitpunkt einen eigenen Beitrag zu den Solidarlaster geleistet haben. Auf diesem Wege wechselten im Zeitraum von 1992 bis 1997 immerhin 943 000 Personen von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung. Da die Leistungsausgaben für ältere Versicherte ihre Beiträge im Regelfall erheblich übersteigen, werden die Beitragszahler durch diesen Wechsel zwischen den Ver-

sicherungssystemen unzumutbar belastet. Mit der Festsetzung der Altersgrenze auf 55 Jahre wird dem Rechnung getragen.

Für einen Wechsel zwischen den Krankenversicherungssystemen besteht bei dem betroffenen Personenkreis regelmäßig auch keine sozialpolitische Notwendigkeit, weil ein soziales Schutzbedürfnis wegen des seit langem bestehenden privaten Krankenversicherungsschutzes nicht gegeben ist. Die Prämienkalkulationen der privaten Krankenversicherungsunternehmen berücksichtigen Alterungsrückstellungen, die den Privatversicherten im Alter zugute kommen. Außerdem wird mit diesem Gesetz die Altersgrenze für den Zugang zum Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) von 65 Jahren auf 55 Jahre gesenkt und die Schutzfunktion des Standardtarifs erhöht. Flankierende Regelungen im Versicherungsaufsichtsgesetz zielen ebenfalls auf die Begrenzung der Prämienbelastung privat Krankenversicherter im Alter.

Die Versicherungsfreiheit setzt voraus, daß in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht überwiegend Versicherungsfreiheit bestanden hat. Langzeitarbeitslose, die nach dem Bezug von Sozialhilfe eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, werden von der Regelung nicht erfaßt. Dies gilt auch für Personen, die nach einem längeren Auslandsaufenthalt wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Inland aufnehmen (z. B. Entwicklungshelfer). Gleiches gilt für Ausländer, die nach Erreichung der Altersgrenze von 55 Jahren erstmals in der Bundesrepublik Deutschland versicherungspflichtig beschäftigt sind. Ebenfalls von der Neuregelung nicht erfaßt werden Mitglieder, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung bereits 55 Jahre alt und versicherungspflichtig sind.

Durch die Festsetzung des Fünfjahreszeitraums ist außerdem sichergestellt, daß die Versicherungspflicht von Rentnern und Rentenantragstellern, für die eine Vorversicherungszeit bereits gefordert ist (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V), grundsätzlich unberührt bleibt. Wer in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied oder Familienangehöriger versichert war, kann auch regelmäßig nicht die Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner erfüllen.

Nach Satz 3 werden auch die Ehegatten der Beamten, Selbständigen und versicherungsfreien Arbeitnehmer von der Regelung erfaßt, wenn sie nach dem 55. Lebensjahr z. B. durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung versicherungspflichtig werden und in der Rahmenfrist vorher nicht gesetzlich versichert waren.

Für selbständige Künstler und Publizisten gilt die Regelung aufgrund des Verweises in § 5 Abs. 1 Nr. 4 KSVG auf § 6 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung werden die Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld präzisiert. Nach bisherigem Recht konnte

eine Befreiung auch dann erfolgen, wenn kein ausreichender Schutz in der privaten Krankenversicherung bestand. Dies hat dazu geführt, daß auch Personen von der Versicherungspflicht befreit wurden, die erst ab der 27. Woche der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankentagegeld hatten. Da das Arbeitslosengeld im Fall der Arbeitsunfähigkeit aber nur für die Dauer von sechs Wochen fortgezahlt wird, bestand insoweit eine Lücke im Versicherungsschutz. Die Betroffenen erhielten in der Zwischenzeit keine Lohnersatzleistungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts. Durch die Regelung wird diese Lücke geschlossen.

Zu Buchstabe b

Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung haben nach dem Bundesentschädigungsgesetz Anspruch auf Krankenversorgung aus Bundesmitteln. Dieser Anspruch ist ausgeschlossen, wenn ein entsprechender Anspruch gegen einen Sozialversicherungsträger besteht. Infolgedessen können Verfolgte, die etwa als Arbeitnehmer versicherungspflichtig sind, die Krankenversorgung nach dem Bundesentschädigungsgesetz nicht in Anspruch nehmen. Gleiches gilt für Verfolgte, die durch den Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung krankenversicherungspflichtig geworden sind und die sich nicht in der vorgesehenen Frist von der Versicherungspflicht haben befreien lassen. Sie sind daher von einem Teil der Leistungen, die das erlittene Unrecht und das Verfolgungsschicksal ausgleichen sollen, ausgeschlossen. Um hierdurch hervorgerufene unvermeidbare Härten und Beitragsbelastungen zu vermeiden, erhalten diese Personen die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen. Wegen der besonderen Bedeutung der Entschädigungsleistungen für diesen Personenkreis ist eine Befreiung auch noch nach Ablauf der in Absatz 2 Satz 1 genannten Frist möglich. Dies entspricht einem Anliegen des Petitionsausschusses.

Zu Nummer 4 (§ 9 Abs. 1)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird vermieden, daß sich Personen freiwillig weiterversichern können, deren Familienversicherung nur für eine kurze Zeit bestanden hat. Die Regelung trägt dazu bei, an der Nahtstelle zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung eine mißbräuchliche Gestaltungsmöglichkeit auszuschließen. Bisher privat Krankenversicherte, die familienversichert werden, können bei vorzeitiger Beendigung der Familienversicherung in die private Krankenversicherung zurückkehren.

Für Kinder reicht die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil für die freiwillige Versicherung aus.

Zu Buchstabe b

Die Gesetzesänderung stellt klar, daß eine Beschäftigung, die im Rahmen oder während der Berufsausbildung ausgeübt wird, nicht als erstmalige Beschäftigung anzusehen ist. Dem Ziel der Regelung entsprechend sind

somit alle Personen beitragsberechtigt, die als Berufsanfänger nach Abschluß ihrer Ausbildung wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze versicherungsfrei sind. Beschäftigungen als Schüler, während eines Studiums oder als Beamter auf Widerruf zur Vorbereitung auf das zweite juristische Staatsexamen sollen dabei unberücksichtigt bleiben. Die Regelung entspricht einem Anliegen des Petitionsausschusses.

Zu Nummer 5 (§ 10 Abs. 1)

Es wird klargestellt, daß bislang privat krankenversicherte Personen, die zuletzt vor Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz oder vor Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit waren, während der Schutzfristen und Beurlaubungszeit weiterhin privat krankenversichert bleiben. Ein Zugang zur Familienversicherung über die Mitgliedschaft des Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung wird demgegenüber ausgeschlossen. Diese Klarstellung ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 29. Juni 1993 – 12 RK 9/92 – erforderlich geworden. Die Änderung stellt die Rechtslage wieder her, die nach überwiegender Rechtsauffassung und der Praxis der Krankenkassen vor dem Urteil bestanden hat. Sie entspricht einem Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Zugang von Kindern zur Familienversicherung wird durch die Regelung nicht eingeschränkt.

In der Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird damit ein erheblicher Wettbewerbsnachteil der gesetzlichen gegenüber der privaten Krankenversicherung beseitigt. Da sich die betroffenen Personen bei Eintritt der durch ihre Entgelthöhe ausgelösten Versicherungsfreiheit – in der Regel aus finanziellen Gründen – für die private Krankenversicherung entschieden haben, ist ihnen für die Dauer der befristeten Unterbrechung ihrer Beschäftigung ein Verbleib in ihrer bisherigen Versicherung zumutbar. Demgegenüber wäre ein Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sozialpolitisch unververtretbar. Diese müßte von den meist pflichtversicherten Beitragszahlern mitfinanziert werden, obwohl sich die vorher privat versicherten Personen an der Tragung der Solidarlasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorher selbst nicht beteiligt haben. Durch die Regelung wird deshalb auch das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Die Solidargemeinschaft wird von der Finanzierung der mit der Mutterschaft bislang privat Versicherter entstehenden Krankenkassenausgaben in einem durchaus spürbaren Ausmaß entlastet.

Zu Nummer 6 (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2)

Mit der Ergänzung wird Rehabilitation, die in Absatz 2 näher geregelt ist, von Krankenbehandlung und Vorsorge abgegrenzt. Rehabilitation hat die Aufgabe, den Folgen von Krankheiten in Form von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Die Vermeidung der Verschlimme-

rung von Krankheiten ist dagegen Aufgabe der Behandlung einer Krankheit und Vorsorge (vgl. Ergänzung § 23). Einer Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 bedarf es nicht, da die Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten auch Bestandteil der Krankenbehandlung ist.

Zu Nummer 7 (§ 17)

Die Regelung ändert das Verfahren bei der Erstattung von Kosten für Leistungen bei einer Beschäftigung im Ausland.

Nach geltendem Recht rechnet der Versicherte seine Krankheitskosten mit dem Arbeitgeber ab, der wiederum seinerseits einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse hat. Diese Regelung stößt auf datenschutzrechtliche Bedenken, da der Arbeitgeber durch dieses Verfahren Kenntnis von personenbezogenen Gesundheitsdaten seiner Arbeitnehmer erlangt. Der Entwurf sieht daher vor, daß der Versicherte die Leistungsaufwendungen mit seiner Krankenkasse abrechnet. Die Krankenkasse hat einen Anspruch gegen den Arbeitgeber auf den die Inlandskosten übersteigenden Anteil für Leistungen. Hiermit wird sichergestellt, daß der Arbeitgeber nur dann im erforderlichen Umfang Kenntnis von personenbezogenen Gesundheitsdaten seiner Arbeitnehmer erlangt, wenn die tatsächlich entstandenen Kosten die Kosten übersteigen, die von der Krankenkasse zu tragen sind.

Die Angaben der Krankenkassen an den Arbeitgeber enthalten den Behandlungszeitraum, damit er prüfen kann, ob die Kosten während des Auslandsaufenthalts seines Arbeitnehmers entstanden sind, sowie die Höhe der von ihm zu tragenden Kosten. Hat der Arbeitgeber zur Abdeckung der ihm verbleibenden Kosten eine ergänzende private Auslandskrankenversicherung abgeschlossen, können weitere Daten mit Einwilligung des Versicherten von der Krankenkassen an diese Versicherer übermittelt werden. Auch hiermit wird verhindert, daß der Arbeitgeber Kenntnis von der Krankheit seines Arbeitnehmers erhält.

Zu Nummer 8 (§ 20)

Zu Absatz 1

Durch Gesundheitsförderung und Prävention wird die Eigenverantwortung und die Souveränität der Bürgerinnen und Bürger im Umgang mit ihrer Gesundheit gestärkt. Daher erhalten die Krankenkassen in Satz 1 die Möglichkeit, ihre Versicherten über Angebote zur allgemeinen Gesundheitsförderung, z. B. der regionalen Sportvereine oder anderer Anbieter, die die Versicherten im eigenen Interesse und in eigener Verantwortung wahrnehmen sollten, zu informieren. Da Investitionen in die eigene Gesundheit, insbesondere dann, wenn noch keine offene Erkrankungssymptomatik besteht, im wohlverstandenen Interesse und in der Eigenverantwortung des einzelnen liegen, ist für Leistungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung von den Versicherten gegenüber der Krankenkasse kein Finanzierungsanspruch abzuleiten.

Nach der Definition des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen dient die Primärprävention dazu, den Eintritt eines Schadensfalls durch gezielte Maßnahmen zu verhindern oder zu verzögern. Sie kann sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen umfassen. Kinder und Jugendliche sind dabei als wichtige Zielgruppe besonders zu berücksichtigen. Die Krankenkassen erhalten in Satz 2 die Möglichkeit, auf Grundlage des für die GKV gemeinsam und einheitlich zu beschließenden Katalogs nach Satz 3 entsprechende Leistungen zur primären Prävention vorzusehen, weil hier ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Risikofaktor und möglicher Erkrankung besteht und die später zu erbringenden kurativen Leistungen ebenfalls in die Finanzierungspflicht der GKV fallen.

Für Leistungen nach Satz 2 zu Lasten der GKV muß im Grundsatz der gleiche Anspruch auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gelten wie in der kurativen Medizin. Daher werden die Spitzenverbände der Krankenkassen in Satz 3 verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen nach Satz 2, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppe, Inhalt und Methodik, sowie deren Qualitätssicherung zu beschließen. Auf dieser Grundlage ist ein Katalog von Leistungen zur Primärprävention zu vereinbaren. Die Wirksamkeit der Leistung zugrunde liegenden Präventionsverfahrens ist nach den gängigen Kriterien der evidencebasierten Medizin zu belegen. Darüber hinaus muß gewährleistet sein, daß die Übertragbarkeit der Wirksamkeitsstudien auf das gewählte Setting (Zielgruppe, Vergleichbarkeit der Intervention) gegeben ist und daß das Verfahren im Vergleich zu seinen Alternativen eine akzeptable oder gute Kosten-Nutzen-Relation aufweist. Diese Regelung gilt auch für die Entwicklung neuer Leistungen und innovativer Ansätze für Leistungen nach Satz 2. Auch hierfür müssen gemeinsam und einheitlich geeignete Verfahren festgelegt werden.

Bei der Umsetzung der Aufgaben nach Satz 3 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unabhängigen Sachverstand wie z. B. die Bundesärztekammer, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie – themenbezogen – weitere Experten (z. B. Ökonomen, Wissenschaftler, Fachverbände, Organisationen, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) und den Öffentlichen Gesundheitsdienst einzubeziehen.

Bei der Umsetzung der Leistungen nach Satz 2 sollen die Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgend mit vorhandenen Strukturen, z. B. Sportverbänden, Bildungseinrichtungen und den Landesvereinigungen für Gesundheit, kooperieren.

Zu Absatz 2

In der Bundesrepublik Deutschland ist der Arbeitgeber gemäß Arbeitsschutzgesetz verantwortlich für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Dabei wird er von den Berufsgenossenschaften unterstützt. Ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können ein förderlicher Beitrag zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit sein.

Die Krankenkassen erhalten daher in Satz 1 Handlungsmöglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die ausdrückliche Möglichkeit zur Mitwirkung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Das Initiativrecht für entsprechende Aktivitäten liegt damit sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Absatz 2 gelten die gleichen Anforderungen wie für die Leistungen nach Absatz 1.

Durch die Eingrenzung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ wird gewährleistet, daß die sich paritätisch finanzierenden Krankenkassen keine originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die gemäß EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und Arbeitsschutzgesetz in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Die gesetzliche Verpflichtung der Spitzenverbände von GKV und GUV gemäß Satz 3 zur Regelung der Zusammenarbeit in einer Rahmenvereinbarung soll die Vereinheitlichung der Maßnahmen in diesem Feld und den dauerhaften Abgleich der Aktivitäten im Arbeits- und Gesundheitsschutz zwischen den Sozialversicherungsträgern gewährleisten. Im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung sollen entsprechende Konzepte zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet werden. Diese können ausdrücklich auch Teile beschreiben, die in die Eigenverantwortung der einzelnen Beteiligten fallen.

Zu Absatz 3

Die Klarstellung der Aufgaben der Krankenkassen gemäß Absatz 1 und 2 soll neben dem hohen Qualitätsstandard der Leistungen auch die Vermeidung wettbewerbsbedingter Fehlsteuerungen gewährleisten. Letzteres wird gestützt durch die Festsetzung einer Obergrenze für die diesbezüglichen Ausgaben der Krankenkassen.

Zu Absatz 4

Gesundheitliche Selbsthilfe dient in vielfältiger und wirksamer Weise als Ergänzung professioneller Gesundheitsdienste, insbesondere bei der Prävention oder besseren Bewältigung von Krankheiten. Im Rahmen der bisherigen Ermessensvorschrift (Kann-Regelung) wurde die Selbsthilfeförderung von den Krankenkassen unterschiedlich und teilweise unzureichend gehandhabt. Die Regelung in Satz 1 macht die Förderung der Selbsthilfe deshalb als Soll-Vorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Zu ihrer rechtlichen Absicherung werden die Selbsthilfeorganisationen, die die Interessenvertretung der Selbsthilfe nach außen leisten, ausdrücklich in die Förderzuständigkeit der GKV aufgenommen.

Das bereits in der geltenden Gesetzesfassung enthaltene Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen eine Förderung der Selbsthilfe zulässig ist, wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Vertretern der

für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen erarbeitet. Deren Beteiligung hat sich bewährt und wird deshalb für die in der Zukunft notwendig werdenden Überarbeitungen des Verzeichnisses durch Satz 2 gesetzlich abgesichert.

Ein wesentliches Hemmnis für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe ist die bisher unterschiedliche und unübersichtliche Förderpraxis der verschiedenen Krankenkassen. Die in Satz 3 vorgesehene Erarbeitung gemeinsamer und einheitlicher Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe soll die notwendige Transparenz der Förderkriterien schaffen und eine flächendeckende, gerechtere Verteilung der Fördermittel gewährleisten. In diesen Fördergrundsätzen sollen u.a. die Voraussetzungen, Inhalt, Umfang und Formen der Förderung – projektbezogene und pauschale Zuschüsse – sowie die Abstimmung zu anderen Fördersträngen wie etwa der öffentlichen Hand geregelt werden. Der Ausbau der Förderung durch die Krankenkassen soll insbesondere nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger führen. Die Regelung in Satz 4 sieht vor, daß die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe auch bei der Erarbeitung der Fördergrundsätze ihre Belange einbringen sollen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, einen angemessenen Teil ihrer Ausgaben für die Förderung der Selbsthilfe zu verwenden. Die in Satz 5 festgelegte Orientierung der Aufwendungen für die Förderung schafft die für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe notwendigen verlässlichen Rahmenbedingungen. Die Regelung soll zu einer deutlichen Steigerung der Fördermittel im Selbsthilfebereich führen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stimmt mit dem bisherigen § 20 Abs. 2 überein.

Zu Nummer 9 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Da in den meisten Bundesländern eine flächendeckende gruppenprophylaktische Betreuung noch nicht erfolgt, werden die Krankenkassen in Satz 1 verpflichtet, auf eine flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe hinzuwirken. Die dafür erforderlichen Maßnahmen sind im Rahmen der jährlichen Aktivitäten zügig auszubauen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, daß für die 1989 eingeführte Gruppenprophylaxe auch zehn Jahre danach erst ein Bruchteil der seinerzeit vom Gesetzgeber kalkulierten jährlichen Finanzmittel von den Krankenkassen aufgewendet wird.

Mit der Regelung in Satz 2 wird der Tatsache Rechnung getragen, daß sich die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen – trotz fehlender flächendeckender Betreuung – bis zum 12. Lebensjahr in den letzten 10 Jahren wesentlich verbessert hat und der verbliebene Teil der Kariesbelastung sich im wesentlichen auf Gruppen von Jugendlichen konzentriert, die bestimmte Schultypen oder Schulen in sozialen Brennpunkten besuchen oder in Behinderteneinrichtungen sowie beschützenden Werkstätten untergebracht sind. Da im Alter von 12 bis

15 Jahren die individuelle Kariesgefährdung bzw. -aktivität einen Höhepunkt erreicht und deshalb diese Jahrgänge zusätzlich besonders gefährdet sind, soll mit der Vorschrift bewirkt werden, daß jene Bevölkerungsgruppen, die aufgrund der dargestellten Zusammenhänge mehrfach von einem erhöhten Kariesrisiko betroffen sind, über das 12. Lebensjahr hinaus bedarfs- und risikogerecht gruppenprophylaktisch betreut werden.

Epidemiologische Untersuchungen ergeben in aller Regel, daß das Kariesrisiko von Jugendlichen in bestimmten Schulen überproportional hoch ist, d. h. deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt. Andererseits zeigt die Erfahrung, daß Jugendliche mit schichtspezifisch erhöhtem Kariesrisiko in der Regel nicht aus Vorsorgegründen die zahnärztliche Praxis aufsuchen, so daß die Möglichkeit individualprophylaktischer Betreuung für diese Jugendlichen kaum zum Tragen kommt. Durch eine aufsuchende gruppenprophylaktische Betreuung kann diese Personengruppe in der Schule erreicht und risikogerecht betreut werden. Geschieht dies, ist es möglich, das Risikoprofil dieser Jugendlichen zu senken und dem Normalmaß anzunähern. Internationale und nationale Studien belegen die Richtigkeit dieser Strategie.

Gleiches gilt auch für Jugendliche in Behinderteneinrichtungen und in Sonderschulen. Hier sind oft unterschiedliche Jahrgänge in einer Klasse zusammengefaßt, so daß die Altersgrenze von 12 Jahren häufig überschritten wird. In diesen Fällen können die älteren Jugendlichen nicht von der gruppenprophylaktischen Betreuung ausgeschlossen werden. Die Einbeziehung älterer Jugendlicher in Behinderteneinrichtungen und beschützenden Werkstätten sowie in Sonderschulen stellt im übrigen nur eine gesetzliche Klarstellung dar, da dieser Personenkreis bereits aufgrund einer diesbezüglichen Interpretation des § 21 des Bundesministeriums für Arbeit über das 12. Lebensjahr hinaus gruppenprophylaktisch betreut werden konnte.

Durch die zielgerichtete Ausweitung der Gruppenprophylaxe soll das in Deutschland bewährte und weiter zu vervollständigende System aus einer Kombination breitenwirksamer Gruppenprophylaxe und ergänzender Individualprophylaxe nicht beeinträchtigt, sondern gestärkt werden. Auch der Individualprophylaxe kommt hier Bedeutung zu, denn neben der Ausdehnung der gruppenprophylaktischen Betreuung für über zwölfjährige Risikogruppen muß verstärkt auf die Notwendigkeit der Versiegelung der Zwölf-Jahr-Molaren hingewiesen werden. Diese Jugendlichen sind deshalb im Rahmen der Gruppenprophylaxe anzuhalten, diese individualprophylaktische Maßnahme (Fissurenversiegelung) von ihrem Zahnarzt vornehmen zu lassen.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeregelung von a, die sicherstellt, daß sich der neue Satz 4 auf alle vorherigen Sätze bezieht.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeregelung.

Zu Nummer 10 (§ 22)

Die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997) eingeführten individualprophylaktischen Leistungen für Erwachsene sind als unspezifische, nicht zielgerichtete Maßnahmen ineffektiv und ineffizient. Deshalb hat der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen große Schwierigkeiten, diese Vorschrift umzusetzen. Die Regelung wird daher gestrichen.

Hierin ist keine Abkehr vom Vorrang der Prävention zu sehen. Der Gesetzgeber sieht den notwendigen Ausbau der Prävention in einer Stärkung der prophylaktischen Betreuung von der Geburt an bis zum 18. Lebensjahr. Durch die intensive gruppen- und individualprophylaktische Betreuung bis zum 18. Lebensjahr geht der Gesetzgeber davon aus, daß Erwachsene nach Vollendung des 18. Lebensjahres für die Aufrechterhaltung ihrer Zahngesundheit grundsätzlich selber verantwortlich sind. Sie werden dabei durch mindestens jährliche Untersuchungen beim Zahnarzt unterstützt.

Damit der Zahnarzt zukünftig auch Erwachsene präventionsorientiert betreuen und behandeln kann, fordert der Gesetzgeber in § 87 eine am Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde ausgerichtete Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen und in § 92 eine entsprechende Anpassung des zahnärztlichen Leistungskatalogs. Da bei der prophylaktischen Betreuung im Erwachsenenalter die Parodontalprophylaxe im Vordergrund steht, kommt in diesem Zusammenhang der Modernisierung und Modifizierung der Verträge zur parodontologischen Behandlung maßgebliche Bedeutung zu. Mit der entsprechenden Umgestaltung dieser Verträge würde die Grundlage für eine prophylaktische Betreuung geschaffen werden, die alle Altersgruppen risikogerecht umfaßt. Die konzeptionelle Gestaltung erforderlicher Maßnahmen wird der Selbstverwaltung übertragen.

Zu Nummer 11 (§ 23)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung der Neuabgrenzung von Vorsorge, Krankenbehandlung und Rehabilitation in § 11.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung orientiert Vorsorgeleistungen stärker als bisher an den Kriterien medizinischer Notwendigkeit und beseitigt Zweifel an deren medizinischem Nutzen (Stichwort „Kurlaub“). Dadurch, daß die Leistungen in anerkannten Kurorten durchzuführen sind, wird die gesundheitspolitisch wertvolle Struktur von Kurorten und deren hochwertigen Einrichtungen erhalten und gestärkt. Durch die Änderung in § 40 Abs. 1 wird die bisherige Rehabilitationskur den medizinisch hochwertigen ambulanten Vorsorgeleistungen zugeordnet.

Die Möglichkeit, bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen für chronisch kranke Kleinkinder den Zuschuß zu erhöhen, soll vor allem bewirken, daß unnötige Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen unterbleibt.

Zu Buchstabe c

Die Neuregelung stellt zunächst die Möglichkeiten der Ermessensentscheidungen für die Krankenkassen klar; sie entspricht im wesentlichen der für die Träger der Rentenversicherung maßgeblichen Vorschrift des § 13 Abs. 1 SGB VI.

Im übrigen wird die bisherige dreiwöchige Regeldauer von Vorsorgemaßnahmen dadurch flexibilisiert, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgabe erhalten, in Leitlinien einzelnen Indikationen Zeiträume zuzuordnen, die dann an die Stelle der dreiwöchigen Regeldauer treten. Je nach dringenden medizinischen Erfordernissen kann im Einzelfall davon abgewichen werden, z. B. bei Mutter-Kind-Maßnahmen wegen der besonderen Belastungen der Mütter. Ferner enthält die Neuregelung redaktionelle Klarstellungen.

Zu Buchstabe d

Absatz 7 klärt Zweifelsfragen, die bei der Erbringung von Kuren für versicherte Kinder entstanden sind. Stationäre Vorsorgemaßnahmen sind für Kinder ganzheitliche Behandlungen, die eine längere Eingewöhnungs- und Aufnahmezeit erforderlich machen, um eine nachhaltige Stabilisierung und Eingliederung zu erreichen. Die Vorschrift paßt das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung an die gegenwärtige Praxis der Rentenversicherung an. Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen mit den Verträgen nach § 111a SGB V sicher, daß alle Kassenarten Kinderkuren unter gleichen Bedingungen erbringen. Die Altersgrenze von 14 Jahren soll unerwünschte Mengenausweitungen verhindern. Für ältere Kinder kann aus medizinischen Gründen von der 3wöchigen Regeldauer abgewichen werden.

Absatz 8 schreibt eine Obergrenze vor, die jede Krankenkasse bei ihren stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nicht überschreiten darf und die sich pro Kalenderjahr entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Vorperiode verändert, die auch der Bemessung des Globalbudgets zugrunde liegt und auf der gleichen Ausgangsbasis wie dieses erfolgt. Überschreitungen der Obergrenze in einem Kalenderjahr sind durch Verrechnung mit dem für das folgende Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumen abzubauen. Durch die Verpflichtung für die Krankenkasse, Überschreitungen und Verrechnungen der Aufsichtsbehörde umgehend darzulegen, wird die Aufsichtsbehörde in die Lage versetzt, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu überprüfen.

Zu Nummer 12 (§ 24)

Die Neuregelung stellt klar, daß alle Vorsorgeleistungen für Mütter einschließlich einer Mutter-Kind-Kur in besonderen Einrichtungen erbracht werden können und die Krankenkasse genauso flexibel hinsichtlich Dauer und Gestaltung handeln kann wie bei den anderen stationären Vorsorgeleistungen des § 23. Es wird davon ausgegangen, daß die Vorschrift auch die Rechtsgrundlage dafür bildet, daß Vater-Kind-Maßnahmen in hierfür geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden können.

Zu Nummer 13 (§ 27 Abs. 2)

Die Vorschrift wird an die Regelung angepaßt, die das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1993 hinsichtlich des Vertriebenenstatus im Bundesvertriebenengesetz vorgenommen hat. Hiermit wird klargestellt, daß die leistungsrechtliche Wartefrist, die nach der bisherigen Fassung nur für die Altfälle nach dem Bundesvertriebenengesetz galt, auch für Spätaussiedler und deren engere Familienangehörige gilt.

Im übrigen werden Unklarheiten beseitigt, die sich bei der Anwendung der bisherigen Gesetzesfassung ergeben haben. Die Voraussetzung „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt“ mußte gestrichen werden, da solche asylsuchenden Ausländer, Vertriebenen sowie Spätaussiedler und ihre Ehegatten und Abkömmlinge in aller Regel nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die Vorschrift ansonsten ins Leere gelaufen wäre. Die Wartefrist endet nicht mehr, wie im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen, mit der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit, sondern mit der Inanspruchnahme. Hierdurch werden Auslegungsschwierigkeiten beseitigt.

Zu Nummer 14 (§ 28 Abs. 2)

Die Regelung behält den grundsätzlichen Ausschluß implantologischer Leistungen (Implantate, Implantataufbauten, implantatbedingte Verbindungselemente etc.) aus der gesetzlichen Krankenversicherung bei, läßt aber entsprechend der Neuregelung in § 30 die anteilige Kostentragung der Krankenkasse für die Suprakonstruktion (implantatgestützter Zahnersatz) in bestimmten Ausnahmefällen zu. Dies bedeutet, daß auch zukünftig Versicherte, die nicht unter die Ausnahmeindikationen fallen, implantologische Leistungen in voller Höhe selbst zu tragen haben.

Für die Fälle, die unter die Ausnahmeindikationen des § 28 Abs. 2 Satz 9 fallen, hat der Bewertungsausschuß entsprechende vertragszahnärztliche bzw. vertragsärztliche Positionen zu schaffen; entsprechendes gilt für die zahntechnischen Leistungen (BEL).

Zu Nummer 15 (§ 29)**Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift ermöglicht der Krankenkasse, Zwischenbegutachtungen in Auftrag zu geben, die Aufschluß über den Behandlungsfortschritt und die Mitarbeit der Versicherten geben sollen. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß durch diese Regelung die Behandlungen innerhalb der veranschlagten Behandlungszeit abgeschlossen werden können und Zweitbehandlungen vermieden werden.

Zu Buchstabe b

Durch die Einfügung des Wortes „befundbezogen“ soll sichergestellt werden, daß die Indikationen in den gegenwärtig gültigen Kieferorthopädie-Richtlinien nicht therapiebezogen, sondern befundbezogen definiert werden. Dadurch wird erreicht, daß die Kieferorthopädie-Richtlinien wesentlich trennschärfer als bisher definiert werden können. Diese trennscharfe Grenzziehung ist nö-

tig, da sich in der Kieferorthopädie eine breite, schlecht definierte Übergangszone zwischen Befunden mit eindeutiger medizinischer Behandlungsnotwendigkeit und medizinisch nicht ausreichend begründeter Behandlungsnotwendigkeit findet. Deshalb ist die Erarbeitung einer verbindlichen Indikationslinie vordringlich, die die medizinische Indikation genauer von der überwiegend ästhetischen Indikation abgrenzt und objektiv überprüfbar macht. Als Grundlage hierzu könnte der zu modifizierende international anerkannte Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) dienen.

Weil in der Vergangenheit sowohl Zahnärzte als auch Krankenkassen die gültigen Kieferorthopädie-Richtlinien sehr großzügig ausgelegt haben, schreibt der Gesetzgeber nunmehr vor, daß die Selbstverwaltung gegenseitige Kontrollmöglichkeiten schafft, um ein Unterlaufen der Regelungen zu verhindern.

Zu Nummer 16 (§ 30)**Zu Buchstabe a**

Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird der Anspruch der Versicherten auf zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen in vom Bundesausschuß festzulegenden Ausnahmefällen um die Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz) erweitert. Damit wird der unbefriedigende Rechtszustand beseitigt, wonach Versicherte, die in bestimmten Fällen statt einer konventionellen Zahnersatzversorgung eine Versorgung mit Implantaten wählen, von ihrer Krankenkasse nicht wenigstens die anteilige Kostentragung für die Suprakonstruktion, das heißt den implantatgestützten Zahnersatz, erhalten.

Da der Gesetzgeber in § 28 Abs. 2 die grundsätzliche Ausgrenzung der Suprakonstruktionen beseitigt, regelt die Vorschrift, daß der Bundesausschuß für die Versorgung mit Suprakonstruktionen Ausnahmefälle festzulegen hat. Dabei geht der Gesetzgeber davon aus, daß unter Beachtung der Grundsätze von medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit Ausnahmefälle für Suprakonstruktionen nur bei Einzelzahnlücken zum Beispiel im Fall von kariesfreien Nachbarzähnen und im jugendlichen Gebiß sowie beim atrophierten zahnlosen Kiefer vorliegen. In diesen Fällen stellt die Krone beim Einzelzahnersatz bzw. die Totalprothese beim zahnlosen Kiefer die vertragszahnärztlich zu erbringende zahnprothetische Leistung dar. Sämtliche Vorleistungen wie Implantate, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente etc. gehören nicht zur Suprakonstruktion im Sinne des § 30 Abs. 1.

Zu Buchstabe b

Wegen des weitreichenden Eingriffs und möglicher Komplikationen bei der Versorgung mit Implantaten sieht die Regelung bei Suprakonstruktionen aus Gründen des Patientenschutzes eine Muß-Begutachtung vor. Zur gutachterlichen Beurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes, der auch die implantologischen Maßnahmen einschließt, erforderlich.

Zu Nummer 17 (§ 31)

Es wird klargestellt, daß nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 34a grundsätzlich nur noch die in dieser Rechtsverordnung enthaltenen Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Eine entsprechende Inkrafttretensregelung für die Änderung des § 31 Abs. 1 ist in Artikel 22 Abs. 9 vorgesehen.

Zu Nummer 18 (§ 34)**Zu Buchstaben a und c**

Redaktionelle Anpassungen bezüglich der Aufhebung der Absätze 2, 3 und 5.

Zu Buchstabe b

Mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 34a treten die Bestimmungen über ausgeschlossene Arzneimittel nach § 34 Abs. 2, 3 und 5 außer Kraft (vgl. Artikel 22 Abs. 9).

Zu Nummer 19 (§ 34a)

Die Vorschrift enthält die Ermächtigung, für das Bundesministerium für Gesundheit eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, die von dem dazu errichteten Institut erarbeitet wird, als Rechtsverordnung zu erlassen. Die Regelung in Satz 2 stellt sicher, daß die Rechtsverordnung bis zum 30. September 2001 in Kraft tritt.

Zu Nummer 20 (§ 37a)**Zu Absatz 1**

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die an sich ein Anspruch besteht, selbständig in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu wiederkehrenden stationären Aufenthalten führen (sogenannter „Drehtüreffekt“). Um für die Patienten unnötige Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Kosten der stationären Aufenthalte zu vermeiden, wird für schwer psychisch Kranke die Leistung Soziotherapie als eine neue Betreuungsleistung zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung eingeführt. Der Anspruch auf Soziotherapie setzt einen vom Vertragsarzt unter Beteiligung des Leistungserbringers der Soziotherapie (vgl. § 132b SGB V) und des Patienten erarbeiteten Behandlungsplan voraus, der verschiedene Behandlungselemente (z. B. Heilmittel, häusliche Krankenpflege etc.) zu einer Komplexleistung zusammenfaßt. Die einzelnen Behandlungselemente werden wie bisher nach den entsprechenden leistungsrechtlichen Vorschriften von den zuständigen Leistungsträgern erbracht. Der Anspruch auf Soziotherapie umfaßt die Koordination der im Rahmen des Behandlungsplans zur Verfügung gestellten Hilfsangebote sowie die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen mit dem Ziel der selbständigen Inanspruchnahme der Leistungen. Die Leistung ist zeitlich befristet auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren bei derselben Erkrankung.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten des Leistungsinhalts der Soziotherapie definiert der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien. Berechtigt zur Inanspruchnahme sind therapiefähige schwer psychisch Kranke. Die Indikationen, bei denen Soziotherapie zur Anwendung kommt, werden ebenfalls durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Es handelt sich um keinen abschließenden Katalog, sondern um eine Aufzählung der Indikationen, bei denen Soziotherapie regelmäßig angewandt werden sollte. Die Richtlinien haben weiter Regelungen zu enthalten über die fachlichen Voraussetzungen an die zur Verordnung der Leistung berechtigten Ärzte, die notwendige fachliche Rückkopplung zwischen Ärzten und den Leistungserbringern sowie die Anforderungen an den Behandlungsplan.

Zu Nummer 21 (§ 40)

Die Vorschrift schafft eine Rechtsgrundlage für die ambulante Rehabilitation, über die Einzelheiten in den Verträgen nach § 125a geregelt werden, und ordnet die bisherige ambulante Rehabilitationskur den ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23) zu. Hinsichtlich der Regeldauer wird die neue Regelung in § 23 Abs. 5 übernommen. Wegen der Neuabgrenzung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§ 11 Abs. 2 und § 23) ist Voraussetzung für Rehabilitationsleistungen, daß eine medizinische Notwendigkeit im Einzelfall besteht. In solchen Fällen kann der Wiederholungszeitraum von 4 Jahren unterschritten werden.

Ferner wird klargestellt, daß Rehabilitationsleistungen Krankenhausleistungen nicht mehr ersetzen können, da insoweit unterschiedliche Zielsetzungen und Inhalte bestehen.

Die bisher in § 43 enthaltenen Zuzahlungsregelungen werden hierhin übernommen.

Zu Nummer 22 (§ 41)

Anpassung des rechtlichen Rahmens der Rehabilitationsleistungen für Mütter an den der allgemeinen stationären Rehabilitationsleistungen sowie der Vorsorgeleistungen für Mütter. Vgl. im übrigen die Begründung zu § 24.

Zu Nummer 23 (§ 43)

Durch die Gleichstellung des Funktionstrainings mit dem Rehasport wird das Recht der derzeitigen Praxis angepaßt. Nummer 2 ermöglicht den Krankenkassen flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten. Es wird klargestellt, daß die Krankenkasse auch Leistungen, die sie nicht selbst erbringt, z. B. durch Zuschüsse fördern kann. Die neue Nummer 3 schafft die Rechtsgrundlage für qualitativ hochwertige Patientenschulungsmaßnahmen, die auch interdisziplinär erbracht werden können. Auch die Einbeziehung von Angehörigen ist möglich, z. B. die der Eltern von Kindern und Jugendlichen.

Die Regelungen der Sätze 2 und 3 sind in § 40 übernommen worden und daher an dieser Stelle entbehrlich.

Zu Nummer 24 (§ 58 Abs. 2)

Mit dieser Regelung werden die Zusatzbelastungen, die den Krankenkassen durch die vollständige Monistik ab 1. Januar 2008 entstehen, abgedeckt. Im Zusammenhang mit der Erstattungsregelung für Mutterschaftsgeldleistungen (§ 200c RVO) ist auf der Basis 1998 von insgesamt etwa 2,8 bis 2,9 Mrd. DM auszugehen.

Zu Nummer 25 (§ 63)

Folgeänderung zur Einführung des Ausschusses zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137c).

Zu Nummer 26 (§ 64)**Zu Absatz 1**

Die Verpflichtung, Modellvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit Kassenärztlichen Vereinigungen abschließen zu können, entfällt. Allerdings behalten die Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso wie in der integrierten Versorgung die Möglichkeit, Vertragspartner der Krankenkasse zu sein.

Zu Absatz 2

Die Vorgabe, auf Bundesebene Grundsätze über die Durchführung von Modellvorhaben zu vereinbaren, wird von einer Muß-Regelung in eine Soll-Regelung umgewandelt. Diese Änderung ist erforderlich, da die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr notwendigerweise Vertragspartner bei Modellvorhaben zur vertragsärztlichen Versorgung sind. Ebenso entfällt die bisherige Quorumsregelung.

Zu Nummer 27**Zu § 65a**

Die Regelung dient der Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Sie gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, modellhaft zu erproben, ob durch finanzielle Anreize die Inanspruchnahme von Hausärzten durch Versicherte gefördert werden kann. Die Krankenkasse ist berechtigt, Satzungsregelungen zu treffen, nach denen Versicherte, die fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines Hausarztes in Anspruch nehmen, einen Bonus erhalten. Von der Verpflichtung zur Primärinanspruchnahme des Hausarztes kann die Satzung Ausnahmen zulassen, wenn aus Versorgungsgründen eine Direktinanspruchnahme bestimmter Facharztgruppen sinnvoll ist. Die Höhe des Bonus ist abhängig von den durch das Hausarztmodell erzielten Einsparungen. Der Aufsichtsbehörde sind geeignete Unterlagen zum Nachweis dieser Einsparungen vorzulegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Einzelheiten der Datenübermittlung regeln. Im übrigen gelten für die Durchführung dieses Modellvorhabens die §§ 63 bis 65 SGB V entsprechend: Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens 8 Jahre zu befristen, zur Durchführung der bonusgestützten Hausarztversorgung können auch Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gemeinschaften Leistungserbringern geschlossen

werden, diese Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten.

Zu § 65b

In Deutschland gibt es verschiedene Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, die unterschiedliche Schwerpunkte bei ihren Aktivitäten gesetzt haben. Die Grundlagen der ideellen und finanziellen Basis dieser Organisationen sind teilweise wenig transparent, der Wirkungsbereich ist regional sehr unterschiedlich. Nach den gegenwärtigen Strukturen kann eine einheitliche Vertretung von Verbraucher-/Patienteninteressen derzeit keiner Organisation zugeschrieben werden.

Mit der verpflichtend im Rahmen von Modellvorhaben vorgesehenen Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sollen solche Organisationen gestärkt werden, die dem Neutralitätsanspruch gerecht werden. Die Festlegung einer Förderung auf Landesebene soll sicherstellen, daß Wettbewerbsgesichtspunkte auf Seiten der Krankenkassen nicht zum Tragen kommen.

Zu Nummer 28 (§ 66)

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, daß es für den Patienten sehr schwierig ist, im Bereich der Behandlungsfehlerhaftung berechnete Ansprüche allein durchzusetzen. Gründe hierfür sind insbesondere das Wissens- und Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient und das hohe Prozeßkostenrisiko der Versicherten.

Bislang blieb es den Krankenkassen überlassen, ob sie die Versicherten bei der Rechtsverfolgung unterstützen. Da dieses Ermessen zumeist in Abschätzung von Aufwand, Erfolgsaussicht und der Berechtigung nach Grund und Höhe des Schadensersatzanspruches ausgeübt wurde, ist eher von einer generell ablehnenden Grundhaltung der Krankenkassen bei Unterstützungsanfragen der Versicherten auszugehen. Die Neuregelung bewirkt, daß die Krankenkassen nunmehr zur Unterstützung der Patienten bei der Rechtsverfolgung von vorliegenden Behandlungsfehlern verpflichtet werden. Die Unterstützung kann insbesondere die außergerichtliche Rechtsberatung sowie die Einholung medizinischer Gutachten umfassen. Rechtsunsicherheiten im Hinblick auf das Rechtsberatungsgesetz bestehen damit nicht mehr.

Mit der Einfügung des Satzes 2 werden die Krankenkassen verpflichtet, in ihren Satzungen das Nähere über die Voraussetzungen und den Gegenstand der Unterstützung zu regeln. Dies erhöht insoweit die Transparenz gegenüber den Versicherten.

Zu Nummer 29 (§ 69)

Die Vorschrift regelt in Fortschreibung des bisherigen Rechts die Grundsätze der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden. Diese Rechtsbeziehungen sind notwendiger Bestandteil im Gesamtsystem der GKV: Über diese Rechtsbeziehungen erfüllen die

Krankenkassen die im Dritten Kapitel des SGB V geregelten Sachleistungsansprüche ihrer Versicherten. Da die Krankenkassen grundsätzlich die medizinischen und sonstigen Leistungen nicht selbst erbringen, bilden das Leistungsrecht und das Leistungserbringungsrecht eine sich notwendig ergänzende Einheit für die GKV-Versorgung. Zudem beziehen die gesetzlichen Vorgaben zum Globalbudget der Krankenkassen (§ 142) diese Rechtsbeziehungen, vor allem sämtliche Vergütungsverträge der Kassenseite mit Leistungserbringern in die Finanzsteuerung der GKV ein. Die Regelungen zum Globalbudget steuern insbesondere die Leistungsausgaben der Krankenkassen, indem sie deren Entwicklung an die bundesdurchschnittliche Einnahmeentwicklung der Krankenkassen je Mitglied binden (§ 142 Abs. 1). Diese Bindung erfaßt sämtliche Leistungserbringungsverträge der Krankenkassen. Auch die Leistungserbringer selbst sind in die Globalbudgetsteuerung einbezogen. So sind sie insbesondere verpflichtet, Änderungen der sektoralen Aufteilung der Versorgung vertraglich entsprechend zu berücksichtigen (§ 142 Abs. 3 Satz 4).

Wegen dieser Einbindung der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern sowohl in die Versorgung als auch in die Finanzierung der GKV regelt § 69 Satz 1 als Grundsatznorm des Leistungserbringungsrechts, daß die dort genannten Rechtsbeziehungen allein sozialversicherungsrechtlicher und nicht privatrechtlicher Natur sind. Dies folgt aus der Vorgabe der abschließenden Regelung dieser Beziehungen in dem Vierten Kapitel des SGB V. Die Krankenkassen und ihre Verbände erfüllen in diesen Rechtsbeziehungen ihren öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag und handeln deshalb nicht als Unternehmen im Sinne des Privatrechts, einschließlich des Wettbewerbs- und Kartellrechts. Dies gilt auch für die Beschlüsse der Bundes- und Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, insbesondere die Richtlinien nach § 92.

Satz 2 trägt dem Umstand Rechnung, daß die Rechtsbeziehungen zur stationären Versorgung auch im Krankenhausfinanzierungsgesetz und den dort genannten Rechtsverordnungen geregelt sind.

Wegen der funktionalen Bedeutung der Leistungserbringerverträge sowohl für die Versorgung als auch die Finanzierung in der GKV erklärt Satz 3 das Bürgerliche Gesetzbuch nur insoweit für anwendbar, als die in § 70 normierten Gewährleistungsaufgaben und die übrigen gesetzlich bestimmten Aufgaben der Beteiligten dies zulassen.

Satz 4 stellt klar, daß auch die sich aus den Rechtsbeziehungen ergebenden Rechte Dritter sozialversicherungsrechtlicher bzw. verwaltungsrechtlicher Natur sind. Folglich entscheiden auch bei Klagen Dritter gegen Regelungen dieser Vertragsbeziehungen die Sozialgerichte nach § 51 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz bzw. die Verwaltungsgerichte. Die Rechtsprechung hatte bislang eine Doppelnatur des Handelns der gesetzlichen Krankenkassen – öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich je nach Blickrichtung – angenommen. Dies hatte zu Unklarheiten bei der Rechtswegzuweisung geführt.

Zu Nummer 30 (§ 70 Abs. 1)

Die Einfügung hebt die Bedeutung hervor, die der Gesetzgeber der Qualität der Versorgung zumißt.

Zu Nummer 31 (§ 71)

Zu a

Wie bisher ist auf die Vergütungsverträge der in § 141 Abs. 2 bestimmte Grundsatz der Beitragssatzstabilität verbindlich anzuwenden. Die Verträge sind so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (§ 71 i.V.m. § 141 Abs. 2). Dieser Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist nach Satz 2 die in § 142 Abs. 1 und 8 neu bestimmte Veränderungsrate zu grunde zu legen. Grundsätzlich wird die bundesweite Veränderungsrate als Maßstab herangezogen. Überschreitet die Veränderungsrate im Beitrittsgebiet die Veränderungsrate im übrigen Bundesgebiet, so wird die nach den jeweiligen Rechtskreisen getrennte Veränderungsrate zugrunde gelegt. Diese Regelung erleichtert die Angleichung der Vergütung zwischen neuen und alten Bundesländern. Diese Veränderungsrate stellt eine Obergrenze dar, gibt somit keinen Anspruch auf einen Vertragsabschluß in dieser Höhe.

Korrespondierend zum § 142 sichert Satz 3 die Möglichkeit zur flexiblen Vertragsgestaltung zwischen den einzelnen Leistungsbereichen im Rahmen des Globalbudgets.

Zu b

Die Anzeigepflicht der Krankenkassen nach § 142 Abs. 7 ersetzt die bisherige Pflicht zur Vorlage einzelner Vergütungsverträge nach § 71 Abs. 2.

Zu Nummer 32 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Es besteht gesundheitspolitischer Konsens, daß langfristig – entsprechend dem Differenzierungsmodell – vorrangig die (zukünftig fünfjährig weitergebildeten) Allgemeinärzte die hausärztliche Versorgung sicherstellen sollen. Den Allgemeinärzten gleichgestellt sind die Ärzte, die bis zum 31. Dezember 1995 (aufgrund einer mindestens zweijährigen landesrechtlich geregelten Zusatzausbildung) die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erworben haben, sowie Ärzte mit einem Befähigungsnachweis entsprechend der EG-Richtlinie über die Ausbildung in der Allgemeinmedizin (vgl. § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V). Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung können zwar wie bereits nach geltendem Recht auch weiterhin für die hausärztliche Versorgung optieren (treffen sie keine Wahl, werden sie automatisch der fachärztlichen Versorgung zugeordnet), diese Wahl vom fachärztlichen zum hausärztlichen Versorgungsbereich und umgekehrt ist jedoch zukünftig nicht wie nach geltendem Recht bedingungslos möglich, sondern wird zulassungs- und planungsrechtlich einem Fachgebietswechsel gleichgestellt (vgl. Artikel 15 Nr. 3 – Änderung des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV –). Für die Versorgung von

Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) nehmen Kinderärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Um den Versorgungsbesonderheiten dieser Patientengruppe Rechnung zu tragen, ordnet die Neuregelung sowohl die Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung wie die Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung (z. B. Kinderkardiologen) der hausärztlichen Versorgung zu und gibt den Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung das Recht, kumulativ auch an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen (ohne daß dafür im Einzelfall ein besonderer Versorgungsbedarf nachgewiesen werden muß). Den Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, kann der Zulassungsausschuß – wie grundsätzlich bereits nach geltendem Recht – die Möglichkeit einräumen, zeitlich befristet, solange ein entsprechender Bedarf vorliegt, zusätzlich an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die im geltenden Recht (vgl. § 73 Abs. 1a Satz 4 SGB V) vorgesehene Feststellung des entsprechenden Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuß wird gestrichen, da sich dieses Verfahren als zu schwerfällig erwiesen hat und der Zulassungsausschuß bereits nach geltendem Recht auch bei Sonderbedarfszulassungen den entsprechenden Versorgungsbedarf eigenständig feststellt. Neben den in Satz 1 genannten Arztgruppen, die der Gesetzgeber zukünftig dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuordnet, nehmen aufgrund der Übergangsregelung in Satz 5 auch die Ärzte an der hausärztlichen Versorgung teil, die unmittelbar vor Inkrafttreten der Neuregelung, am 31. Dezember 1999, entsprechend dem derzeit geltenden § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Hierzu gehören auch die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich zu diesem Stichtag für die hausärztliche Versorgung entschieden hatten. Um ihre auf die geltende Rechtslage gestützte Erwartung, jederzeit uneingeschränkt zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung wechseln zu können, zu berücksichtigen, nimmt der Gesetzgeber ihnen diese Möglichkeit nicht sofort mit Inkrafttreten der Neuregelung am 1. Januar 2000, sondern sie erhalten eine sechsmonatige Überlegungsfrist. In diesem Zeitraum können sie sich für die fachärztliche Versorgung entscheiden, ohne daß dafür – wie zukünftig – die Voraussetzungen für einen Fachgebietswechsel vorliegen müssen. Entscheiden sie sich für die fachärztliche Versorgung, so müssen sie diesen Wechsel spätestens bis zum 1. Januar 2001 vollziehen (aus Gründen der Praktikabilität wird es außerdem sinnvoll sein, im Hausarztvertrag zu regeln, daß der Wechsel nur zu Beginn eines Quartals und nicht mitten im Quartal möglich ist). Sie können dann später nur noch bei Vorliegen der planungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Fachgebietswechsel (keine Überversorgung) wieder in den hausärztlichen Versorgungsbereich überwechseln. Satz 6, bereits geltendes Recht, eröffnet dem Zulassungsausschuß die Möglichkeit, Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (das sind die in § 95a Abs. 4 und Abs. 5 Satz 1 SGB V genannten Ärzte und die Ärzte, die vor Inkrafttreten des § 95a SGB V ohne Facharztqualifikation zugelassen worden waren) die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zur Erbringung spezieller Leistungen zu gestatten (z. B. Proktologen, Phlebologen).

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung der Sätze 1 und 2 wird die Dokumentationsbefugnis des Hausarztes erweitert und verstärkt. Satz 1 berechtigt den Hausarzt nicht nur bei anderen Ärzten, sondern auch bei anderen seine Patienten behandelnden Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Heilmittelerbringer oder Erbringer häuslicher Krankenpflege) die relevanten Patientendaten zu erheben sowie diese und seine eigenen Patientendaten mit Einverständnis des Versicherten anderen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Satz 2 ist die für die Erhebungsbefugnis des Hausarztes notwendige Korrespondenznorm auf Seiten der anderen Leistungserbringer: Sie müssen den Versicherten nach dessen Hausarzt fragen und diesem die wesentlichen medizinischen Informationen zur Verfügung stellen. Satz 3 verpflichtet zugleich auch den Hausarzt zur Übermittlung der für die Behandlung erforderlichen Informationen an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer, sofern der Versicherte der Übermittlung zustimmt.

Zu Buchstabe c

Die Neufassung des Absatzes 1c konkretisiert die Verpflichtung der Krankenkassen und der Leistungserbringer zur Umsetzung der in Absatz 1b erweiterten Informationsrechte- und -pflichten der Hausärzte und der Leistungserbringer. Außerdem werden die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, Verfahrensregelungen zur Hausarztwahl des Versicherten und zur Dokumentation dieser Wahl als Abrechnungserfordernis für bestimmte hausärztliche Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V zu treffen. Hinsichtlich der Ärzte werden die notwendigen Regelungen gemeinsam und einheitlich in einem bundesweiten Kollektivvertrag geregelt. Bezüglich der übrigen Leistungserbringer müssen diese Regelungen in den Einzelverträgen der Kassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer (wie z. B. § 125 Abs. 2 und § 132a Abs. 2 SGB V) getroffen werden, weil es für diese keine kollektivvertragliche Ebene oberhalb der Einzelverträge gibt. Um dennoch die Einheitlichkeit der Umsetzung zu gewährleisten, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen hierzu gemeinsame Empfehlungen abzugeben (vgl. § 213 Abs. 2 SGB V), die die Krankenkassen intern binden.

Zu Buchstabe d

Die Ergänzung stellt klar, daß die Verordnung der neuen Leistung Soziotherapie nach § 37a SGB V und die Erstellung des Behandlungsplans Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind.

Zu Nummer 33 (§ 73a)

Die bisherigen Regelungen zu Strukturverträgen werden aufgehoben. Mit der Einführung integrierter Versorgungsformen bedarf es keiner gesonderten weiteren Rechtsgrundlage für Verträge über spezielle Versorgungs- und Vergütungsstrukturen.

Zu Nummer 34 (§ 75)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Einführung der Integrationsversorgung (§§ 140a bis 140f).

Soweit Vertragsärzte an der Integrationsversorgung teilnehmen, werden deren Rechte gegenüber den Krankenkassen nicht mehr von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben weiterhin die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen. Dies kann jedoch nur insoweit gelten, als es sich um Pflichten aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Rahmen der Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigung handelt. Es kann nicht gelten für Pflichten aus Verträgen über integrierte Versorgungsformen.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Text des Absatzes 10 ist in die Regelung zu § 305a übernommen worden.

Die neue Vorschrift gewährleistet, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag auch im Bereich des Notdienstes umfassender entsprechen können. Entgegen der gesetzlichen Aufgabenverteilung, wonach die vertragsärztliche Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten in der Regel durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden muß und nur in Notfällen eine Versorgung durch nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen möglich sein soll, ist die ambulante Notfallversorgung tatsächlich zwischen den Vertragsärzten und den Krankenhäusern aufgeteilt. Hierdurch wird im Bereich der Notfallversorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen das Substrat für die Erfüllung des ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrags in erheblichem Umfang entzogen.

Satz 1 bestimmt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser, die aufgrund des Patientenverhaltens eine Notfallambulanz eingerichtet haben, in Verträgen die Einzelheiten der Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes regeln sollen. Hierbei können auch organisatorische und finanzielle Regelungen über eine Nutzung von Einrichtungen des Krankenhauses getroffen werden. Die hierüber auf Landesebene aufgrund § 115 Abs. 2 Satz 1 unter Beteiligung der Krankenkassen getroffenen Regelungen sind von den Vertragspartnern zu berücksichtigen, da sie gemäß § 115 Abs. 2 Satz 2 für die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte verbindlich sind. Satz 2 bestimmt, daß eine Tätigkeit von Vertragsärzten in den Notfallambulanzen zu ermöglichen ist. Die Regelung gewährleistet, daß im Rahmen des Notdienstes Vertragsärzte auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn die Versicherten für eine ambulant durchführbare Notfallversorgung ein Krankenhaus aufsuchen. Hiervon abweichende Vertragsgestaltungen, die eine Zusammenarbeit auf der Grundlage anderer Organisationsstrukturen ermöglichen, werden durch die Vorschrift nicht ausgeschlossen.

Zu Nummer 35 (§ 76)

Bereits nach geltendem Recht besteht für den Versicherten die Pflicht, einen Hausarzt zu wählen. Diese Regelung wird ergänzt um die Verpflichtung des Versicherten, anderen von ihm in Anspruch genommenen Ärzten oder sonstigen Leistungserbringern, wie z. B. Heilmittelerbringer und Krankenhäusern, seinen Hausarzt zu benennen, damit diese ihren Informationspflichten aus § 73 Abs. 1b Satz 2 nachkommen können.

Zu Nummer 36 (§ 77)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung knüpft an den bereits im bisherigen Recht enthaltenen Grundsatz an, daß die Vertragsärzte zur Erfüllung der ihnen durch das Sozialgesetzbuch V übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich jedes Bundeslandes nur eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bilden. Die Regelung sieht nunmehr vor, daß eine zweite Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung in einem Land nur noch dann errichtet werden oder fortbestehen kann, wenn in dem Bereich dieses Landes mehr als 12000 Ärzte oder mehr als 6000 Zahnärzte zugelassen sind und am 1. Januar 2000 bereits mindestens eine weitere Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung vorhanden ist. Hierdurch wird sowohl das Fortbestehen sehr kleiner als auch die gesetzliche Einführung zu großer Organisationseinheiten vermieden.

Zu Buchstabe b

Absatz 2 der Vorschrift sieht vor, daß die Durchführung von Organisationsänderungen, die in einzelnen Ländern aufgrund der in Absatz 1 getroffenen Regelung erforderlich werden, wie bisher durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zu regeln ist.

Zu Buchstabe c

Nach der bisherigen Regelung wirken auch solche Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an der Willensbildung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (außerordentliche Mitglieder). Da die Mitgliederzahl in den gewählten Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen beschränkt wird, sollen künftig nur noch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sein. Eine außerordentliche Mitgliedschaft ist nicht mehr vorgesehen.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu § 79 Abs. 5.

Zu Nummer 37 (§ 79)

Um den gewachsenen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

gen gerecht zu werden, wird entsprechend der bereits erfolgten Neuorganisation im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine Neuordnung der inneren Organisation durchgeführt. An die Stelle der bisherigen Vertreterversammlung tritt ein Verwaltungsrat; zudem wird ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Verwaltungsrat und Vorstand sind Organe der selbstverwalteten Körperschaft.

Die Mitgliederzahl des Verwaltungsrates, die in der Satzung konkret zu bestimmen ist, wird auf höchstens 30 Mitglieder beschränkt. Große Kassenärztliche Vereinigungen können die Mitgliederzahl ihres Verwaltungsrats auf bis zu 40 bzw. 50 Mitglieder erhöhen.

Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wird die Möglichkeit eingeräumt, einen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen größeren Verwaltungsrat einzurichten, um eine angemessene Repräsentanz der Mitglieder in diesem Gremium zu erreichen.

Die Regelung in Absatz 3 zu den Aufgaben des Verwaltungsrates entspricht in wesentlichen der in § 197 für die Krankenkassen getroffenen Regelung. Dem Verwaltungsrat als Legislativ- und Kontrollorgan obliegen danach insbesondere die autonome Rechtssetzung (Nr. 1), die Feststellung des Haushalts und Grundstücksgeschäfte als Ausdruck der Finanzhoheit (Nr. 3 und 6), die Kontrolle des nach Absatz 5 für die Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung allein zuständigen Vorstands (Nr. 2, 4 und 5).

Der hauptamtliche Vorstand besteht grundsätzlich aus bis zu 3 Mitgliedern. Der Verwaltungsrat erhält in Abs. 4 Satz 2 die Option, den Vorstand auf bis zu 5 Mitglieder zu erweitern. Die Anzahl der Mitglieder ist wie bisher nach § 81 Abs. 1 Nr. 2 in der Satzung zu regeln. Die Vorschrift gibt nicht vor, daß nur Vertragsärzte Vorstandsmitglieder werden können. Werden Vertragsärzte zu Vorstandsmitgliedern gewählt, kann die Satzung vorsehen, daß sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang weiter ausüben können. Näheres zu dem Umfang der Tätigkeit regelt die Satzung. Das Vorstandsmitglied hat auch in diesem Fall seine aus dem Hauptamt resultierenden Pflichten in vollem Umfang zu erfüllen. Andernfalls liegt eine Beeinträchtigung im Sinne der Vorschrift vor.

Übt das Vorstandsmitglied keine vertragsärztliche Tätigkeit mehr aus, beschließt der Zulassungsausschuß nach § 95 Abs. 5 das Ruhen der Zulassung.

Die Vorstandsmitglieder, die vom Verwaltungsrat auf sechs Jahre gewählt werden, verwalten die Kassenärztliche Vereinigung und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt.

Die Regelung zur Haftung der Mitglieder des Verwaltungsrates entspricht der bisherigen für die Mitglieder der Vertreterversammlung geltenden Vorschrift.

Zu Nummer 38 (§ 79b)

Folgeänderungen zu § 79 Abs. 1 und § 77 Abs. 3.

Zu Nummer 39 (§ 80)

Zu Buchstabe a

Bislang ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, ob sie nach dem Verhältnis- oder Mehrheitswahlrecht ihre Selbstverwaltungsorgane wählen. Da beim Mehrheitswahlrecht Minderheitsgruppen im verbandspolitischen Geschehen unterrepräsentiert bleiben können, wird verbindlich das Verhältniswahlrecht eingeführt. Damit werden allen maßgeblichen Interessengruppen Möglichkeiten eingeräumt, Vertreter auch in den nunmehr verkleinerten Verwaltungsrat zu entsenden.

Die konkrete Ausgestaltung des Wahlverfahrens (z. B. Bestimmungen der Art des Verfahrens, eine Einteilung in Wahlkreise) ist wie bisher in der Satzung zu regeln (vgl. § 81 Abs. 1 Nr. 2).

Während bislang die Vertreter der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder jeder Vertreterversammlung jeweils getrennt aus dem Kreis der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gewählt haben, gilt künftig für die Wahl der Verwaltungsräte der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, daß diese aus den Reihen der Verwaltungsratsmitglieder der kassenärztlichen Vereinigungen gewählt werden. Hierdurch soll die Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gestärkt werden.

Da künftig nur noch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind (vgl. § 77 Abs. 3), bedarf es der bisher in Absatz 1 enthaltenen Trennung nach ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern nicht mehr.

Zu Buchstabe b

Die Sonderregelung für die Vertretung der zugelassenen Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen wird im Hinblick auf die Einführung des Verhältniswahlrechts nicht fortgeschrieben.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderungen zu § 79 Abs. 1.

Zu Buchstabe d

Die Amtsdauer des Verwaltungsrates wird auf 6 Jahre verlängert. Entsprechend der bisher für die Vertreterversammlung und den Vorstand geltenden Regelung wird auch künftig auf die Amtsdauer der Organe abgestellt, so daß sich die Amtszeit solcher Organmitglieder, die erst durch Nachrücken oder Nachwahl im Verlaufe der Wahlperiode in den Verwaltungsrat eingetreten sind, entsprechend verkürzt.

Zu Nummer 40 (§ 81)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu § 79 Abs. 1.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Streichung des § 135 Abs. 3.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, daß die bereits jetzt bestehende gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertragsärzte fortzubilden, sich insbesondere auch auf die hausärztliche Tätigkeit bezieht.

Zu Nummer 41 (§ 83 Abs. 2)

Die Regelung wird durch § 106 a ersetzt.

Zu Nummer 42 (§ 84)**Zu Absatz 1**

Durch die Neuregelung der Sätze 4 bis 7 wird das für die Verträge zur Budgetanpassung geltende Kriterium „Wirtschaftlichkeitsreserven“ dahin gehend spezifiziert, daß der Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Arznei- und Heilmittelausgaben je Versicherten in der jeweiligen Vertragsregion mit einem Referenzwert als Indikator für bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und deren Höhe heranzuziehen ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen führen die Standardisierung mit der Zielsetzung durch, die für Zwecke der „Budgetabrechnung“ erfaßten Ausgaben hinsichtlich der Zahl der Versicherten in der jeweiligen Alterskategorie sowie hinsichtlich der Verteilung der Ausgaben auf männliche und weibliche Versicherte zu bereinigen. Die Höhe der auf diese Weise ermittelten Pro-Kopf-Ausgaben für jede Budgetregion soll – gemessen an einem Mittelwert der drei Budgetregionen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben – in den Budgetverhandlungen als Indikator für bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven herangezogen werden.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Änderung: Die den Fall einer Budgetüberschreitung betreffenden Regelungen werden in einem Absatz zusammengefaßt.

Zu Absatz 3

Die Vorgaben in Satz 2 stellen sicher, daß die für die Standardisierung notwendige Erfassung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben durch die Krankenkassen erfolgt.

Die nach dem bisherigen Absatz 3 zu vereinbarenden Richtgrößen sind ein Element der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Regelung wird deshalb aus rechtssystematischen Gründen in die Regelungen des § 106 integriert.

Zu Absatz 4

Redaktionelle Folgeänderung (siehe Satz 2 der Begründung zu Absatz 3).

Zu Absatz 5

Um einem bei der Umsetzung der veränderten Regelungen zur Erfassung der budgetrelevanten Ist-Ausgaben

ggf. auftretenden Bedarf an konkretisierenden Bestimmungen Rechnung tragen zu können, wird die Verordnungsermächtigung für den Bundesminister für Gesundheit entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 43 (§ 85)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung stellt sicher, daß die durch die Mehrkostenregelung für die Krankenkassen anfallenden Kosten in der Füllungstherapie sowie der Anteil der Kassen an den zahnärztlichen Honorarkosten für die Versorgung mit Zahnersatz Bestandteil der Gesamtvergütung und somit auf diese anzurechnen sind.

Zu Buchstabe b

Folgeregelung zur Neuregelung der Bekanntgabe der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied in § 142 Abs. 8 Satz 1. Maßgeblich für die Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind danach die vom Bundesministerium für Gesundheit bekanntgegebenen Ist-Werte anstelle der bisher bekanntgegebenen Schätzwerte. Die Regelung, nach der Schätzfehler im Rahmen der Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen korrigiert werden konnten, wird dadurch gegenstandslos.

Zu Buchstabe c

Folgeregelung zur Neuformulierung der Bestimmungen über die Regelung zum Honorarverteilungsmaßstab in § 87a: Die Regelungen der Absätze 4b bis 4f werden in die Neuregelung übernommen; Absatz 5 entfällt, da die Regelung obsolet geworden ist.

Zu Nummer 44 (§ 87)**Zu Buchstabe a**

Durch die Unterteilung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung wird der bisherige Anreiz für die abrechnenden Ärzte, eine möglichst große Zahl von Leistungen aus der Gesamtheit der im EBM enthaltenen Leistungen abzurechnen, beseitigt. Eine solche Neustrukturierung des EBM trägt zu einer leistungsgerechten Vergütung bei.

Zur sachgerechten Umsetzung dieser Regelung gehört auch, daß die Vergütung bestimmter Leistungen der hausärztlichen Versorgung, die nur durch den vom Versicherten nach § 76 Abs. 3 gewählten Hausarzt erbracht werden können, auch nur von diesem Hausarzt abgerechnet werden, z. B. Vergütungen für die Leistungen der langfristigen Betreuung, der Koordination und Dokumentation (hausärztliche Grundvergütung).

Zu Buchstabe b**Zu Absatz 2c**

Durch die Einführung einer veranlasserbezogenen Neuordnung der Bewertung vertragsärztlicher Leistungen

mit medizinisch-technischen Großgeräten soll einer medizinisch nicht begründeten Ausweitung dieser Leistungen entgegengewirkt werden.

Zu Absatz 2d

Um die mit der Einzelleistungsvergütung verbundenen Möglichkeiten weitgehend uneingeschränkter Leistungsausdehnung zu beseitigen, erhält der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen die Möglichkeit, die Leistungen des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, soweit dies sachlich geboten ist. Beispielfähig ließen sich im Zahnersatz-Bereich Komplexhonorare für Kronen, Brücken, Teil- und Totalprothesen definieren. Damit würde auch die Abrechnung der Versorgungen mit Zahnersatz für die Vertragspartner erleichtert und das Leistungsgeschehen würde für die Versicherten transparenter. Auch im Bereich Kieferorthopädie erscheinen weitere Komplexbildungen möglich. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß für den Fall der Bildung von zahnärztlichen Leistungskomplexen auch entsprechende zahntechnische Leistungskomplexe im bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähiger zahntechnischer Leistungen (BEL) von den Vertragspartnern gebildet werden. Der Gesetzgeber geht weiter davon aus, daß die Anreize zu unerwünschten Mengenausweitungen durch die Komplexbildung zusammengehörender Leistungen minimiert werden können.

Darüber hinaus wird der Bewertungsausschuß verpflichtet, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gleichgewichtig zu bewerten. Der einheitliche Bewertungsmaßstab als Grundlage für die Vergütung des einzelnen Zahnarztes basiert in wesentlichen Teilen nach wie vor auf der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner aus dem Jahre 1962. Vor diesem Hintergrund ist eine Anpassung an neue wissenschaftliche Gegebenheiten und an den allgemeinen zahnmedizinischen Fortschritt, insbesondere eine stärkere Orientierung hin zu präventiven und zahnerhaltenden Maßnahmen, notwendig.

Um eine sachlich fundierte Neuordnung des Bewertungsmaßstabes zu ermöglichen, regelt die Vorschrift, daß der Bewertungsausschuß die Festlegung der Bewertungsrelationen auf der Grundlage von wissenschaftlichem Sachverstand und solchem aus praxisnahen zahnärztlichen Fortbildungsgesellschaften für die gesamte Zahnheilkunde vorzunehmen hat. Dies könnte z. B. durch eine neue wissenschaftliche Zeitmeßstudie, die im Auftrag des Bewertungsausschusses erstellt wird, erfolgen. Da der Zeitfaktor aufgrund der bisherigen Erfahrungen als das mit Abstand wichtigste Kriterium für die Beurteilung der Bewertungsrelationen anzusehen ist, hat der Bewertungsausschuß die Arbeitszeit als maßgebliches Bewertungskriterium anzusehen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß bestimmte Leistungen überwiegend von ausgebildetem Praxispersonal erbracht werden. Unabhängig von gleichgewichtigen Bewertungsrelationen gelten die Grundsätze für eine angemessene Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen (vgl. § 72 Abs. 2 und § 85 Abs. 3).

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten hat eine entsprechende Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes bis zum 30. Juni 2001 vorzunehmen. Dabei könnte der einheitliche Bewertungsmaßstab z. B. zu Lasten von prothetischen Leistungspositionen umstrukturiert werden, für die das Indikationsspektrum begrenzt werden sollte. Auch durch eine Umstrukturierung zu Lasten der Leistungspositionen aus dem kieferorthopädischen Bereich, der nach bisherigen Zeitmeßstudien deutlich überbewertet ist, könnten Füllungsleistungen aufgewertet und neue präventive Maßnahmen eingeführt werden.

Zu Nummer 45

Zu § 87a

Zu Absatz 1

Durch die vertragliche Vereinbarung der Honorarverteilungsmaßstäbe zwischen den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen werden die Krankenkassen stärker in die Mitverantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung genommen. Zugleich werden den Krankenkassen damit weitergehende Möglichkeiten eingeräumt, die gesetzlich vorgegebene Funktion des Honorarverteilungsmaßstabes als Instrument zur Vermeidung einer übermäßigen Ausweitung der Menge der abgerechneten Leistungen in den Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen wirksam auszugestalten.

Bei der Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes bestimmen die Vertragspartner den Anteil, der für die Vergütung von Leistungen der hausärztlichen Versorgung zu verwenden ist, und den Anteil für die Vergütung von Leistungen der fachärztlichen Versorgung. Die Festlegung der Anteile erfolgt nach Maßgabe der von den Vertragspartnern auf Bundesebene im Bewertungsausschuß für die Honorarverteilung vorgegebenen Kriterien.

Zu Absatz 2

Die Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes setzt die Verfügbarkeit der dafür notwendigen Datengrundlagen auf Seiten der Krankenkassen voraus. Die Regelung verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Übermittlung der entsprechenden Daten an die Kassenverbände.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, daß die Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung und für die fachärztliche Versorgung in den Vertragsregionen auf der Grundlage einheitlicher Vorgaben bestimmt werden; sie stellt zugleich die Abstimmung der mengensteuernden Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit den entsprechenden Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe sicher. Damit soll erreicht werden, daß ein angemessener Anteil an der Gesamtvergütung für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die haus- und fachärztliche Versorgung wird das im Jahr 1996 abgerechnete anteilige Punktzahlvolumen als Bezugsgröße für die Bestimmung der Gesamtvergütungs-

anteile vorgegeben. Abweichungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen sind dann zulässig, wenn der in den Folgejahren 1997 bis 1999 abgerechnete Anteil am gesamten Punktzahlvolumen in der hausärztlichen Versorgung den des Jahres 1996 übersteigt. Nach 1996 eingetretene Übergänge von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in die fachärztliche Versorgung bzw. von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in die hausärztliche Versorgung sollen ebenfalls berücksichtigt werden.

Zu Absatz 4

Die Regelung bestimmt die Fristen für die Vereinbarung zur Übermittlung der Daten, die Vereinbarung der bundesweiten Kriterien zur Honorarverteilung sowie die Vereinbarung der Honorarverteilungsmaßstäbe. Die Regelung bestimmt ferner das zur Anwendung kommende Verfahren im Falle der Fristüberschreitung bzw. der Nicht-Einigung der Vertragspartner. Für den Fall, daß die erstmalige Neuvereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes nicht fristgerecht zustande kommt, bestimmt das Gesetz ein zum 1. Juli 2000 rückwirkendes Inkrafttreten dieser Vereinbarung. Die Regelung stellt damit sicher, daß die vom Gesetzgeber bestimmte Aufteilung der Gesamtvergütung auf die haus- und fachärztliche Versorgung zeitnah umgesetzt wird.

Zu Absatz 5 bis 9

Die Absätze 5 bis 9 sind die Absätze 4b bis 4f des § 85 alter Fassung.

Zu § 87b

Aus Gründen des Patientenschutzes begrenzt die Regelung den Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber den Versicherten bei Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und § 30 Abs. 3 Satz 2 auf das 2,3fache des Gebührensatzes der GOZ. Dieser Faktor entspricht dem Faktor, der von der Mehrheit der Zahnärzte für privat erbrachte Leistungen in der Regel in Ansatz gebracht wird. Um einen Anreiz für eine zügige Erfüllung des Auftrags an den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen zu schaffen, die Richtlinien zur zahnärztlichen Versorgung auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte Zahnheilkunde auszurichten (§ 92 Abs. 1a), soll die Begrenzung des GOZ-Faktors bei der Abrechnung von über die vertragszahnärztlichen Leistungen hinausgehenden Maßnahmen mit Inkrafttreten der neugestalteten Richtlinien entfallen.

Sobald die zahnärztlichen Richtlinien modernisiert und dem neuesten Erkenntnisstand angepaßt wurden und dadurch auch eine trennscharfe Abgrenzung von vertragszahnärztlichen und darüber hinausgehenden Leistungen erfolgt ist, sieht der Gesetzgeber keine Notwendigkeit mehr für eine Begrenzung des GOZ-Faktors.

Zu Nummer 46 (§ 92)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift des Absatzes 1a soll bewirken, daß der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen seine

Aufgaben fristgerecht, wissenschaftlich fundiert, transparent und überprüfbar wahrnehmen kann. Durch die Möglichkeit des BMG, spezifische Überprüfungen von Beschlüssen des Bundesausschusses veranlassen zu können, und hierfür Fristen vorgeben zu können, wird die Möglichkeit der jeweiligen Selbstverwaltungspartner, Entscheidungen zu blockieren, verringert. Kommt dennoch keine Entscheidung zustande, ermöglicht die Neuregelung, daß aus der Mitte des Bundesausschusses eine Schiedsstelle gebildet wird, die die Entscheidung kurzfristig zu treffen hat.

Die Pflicht, die Konkretisierung des Leistungskatalogs im Rahmen einer präventionsorientierten Zahnheilkunde auf der Basis auch von externem und umfassendem wissenschaftlichen Sachverstand vorzunehmen gewährleistet, daß die Definition leistungsrechtlicher Ansprüche der Versicherten zielorientiert und vorrangig nach medizinisch fachlichen Gesichtspunkten erfolgt.

Nach Ansicht des Gesetzgebers ist eine durchgängig präventionsorientierte Leistungsbeschreibung der Zahnheilkunde erforderlich, um die Prävention zur systematischen Grundlage zahnmedizinischen Handelns zu machen. Dies entspricht dem Stand der wissenschaftlichen Forschung und geht einher mit internationalen Entwicklungen. Hierzu gehört zunächst, daß folgende Aspekte vermehrte Berücksichtigung finden:

- Ausbau risikoorientierter Diagnostik und entsprechender Dokumentation
- objektivierbare Risikobewertung als Grundlage für Behandlungsentscheidungen
- Monitoring bzw. Progressionsbeeinflussung oraler Erkrankungen.

Der Bundesausschuß hat alle zahnmedizinischen Therapien darauf hin zu überprüfen, ob die Definition der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährenden zahnmedizinischen Leistungen noch dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft entspricht. Hierbei sind auch die neuen Entwicklungen zum Erhalt von Zahnschmelz durch minimal-invasive Behandlungsmethoden und adhäsiv befestigte Füllungsmaterialien insbesondere für die Erstversorgung zu berücksichtigen.

Die gegenwärtigen Zahnersatz-Richtlinien sind daraufhin zu untersuchen, ob sie innerhalb einer befundbezogenen, präventionsorientierten Zahnheilkunde die Versorgungsformen enthalten, die zahnschutzschonend eine möglichst dauerhafte Sanierung des Gebisses ermöglichen. Ebenfalls ist über die Aufnahme neuer, klinisch bewährter Versorgungsverfahren zu entscheiden, die auch kostengünstiger als ältere Versorgungsformen sein können (z. B. Adhäsivbrücken).

Bezüglich kieferorthopädischer Versorgungsformen ist zu berücksichtigen, daß Behandlungssysteme Anwendung finden sollen, die für die Behandlung der jeweiligen Anomalie die medizinisch wirkungsvollste und auf Dauer gesehen auch kostengünstigere Behandlungsweise darstellen. Dem medizinischen Fortschritt in der Kieferorthopädie, der zahnachsengerechte Bewegungen der Zähne ermöglicht, ist dabei Rechnung zu tragen.

Dies gilt auch für Behandlungsmethoden, welche den Patienten die Mitarbeit an der Behandlung erleichtern und/oder die zu einer Verkürzung der Behandlungszeit führen.

Im letzten Satz wird der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Vertreter der Zahntechniker auf Bundesebene bei der Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen, um sicherzustellen, daß die Sachkenntnis dieser Leistungserbringer berücksichtigt wird. Zwar haben die Zahntechniker schon jetzt Gelegenheit, ihre Vorstellungen dem Bundesausschuß zur Kenntnis zu geben. Durch die gesetzliche Verankerung soll ihrer Mitwirkung jedoch größeres Gewicht beigemessen werden. Der Bundesausschuß hat sich mit den vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und die Leistungsverpflichtung der Zahnärzte konkretisiert.

In Absatz 1b wird der Bundesausschuß gesetzlich verpflichtet, die maßgeblichen Berufsorganisationen der Hebammen und Entbindungspfleger auf Bundesebene in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen, um sicherzustellen, daß bei der Erarbeitung der Richtlinien über die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft deren Sachkenntnis berücksichtigt wird. Zwar haben die Hebammen und Entbindungspfleger schon jetzt Gelegenheit, ihre Vorstellungen dem Bundesausschuß zur Kenntnis zu geben. Durch die gesetzliche Verankerung soll ihrer Mitwirkung jedoch ein größeres Gewicht beigemessen werden. Der Bundesausschuß hat sich mit den vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und die Leistungsverpflichtung der Ärzte konkretisiert.

Zu Buchstabe d

Um sicherzustellen, daß bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln die Sachkenntnis der Hilfsmittelerbringer und der Hilfsmittelhersteller berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß gesetzlich verpflichtet, die maßgeblichen Organisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller auf Bundesebene in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen. Zwar haben die Hilfsmittelerbringer und Hilfsmittelhersteller schon jetzt Gelegenheit, ihre Vorstellungen dem Bundesausschuß zur Kenntnis zu geben. Durch die gesetzliche Verankerung soll ihrer Mitwirkung jedoch ein größeres Gewicht beigemessen werden. Der Bundesausschuß hat sich mit den vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und die Leistungsverpflichtung der Ärzte konkretisiert.

Zu Nummer 47 (§ 92a)

Zu Absatz 1

Das Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle bestehen. Mit der Berufung von Sachverständigen für die besonderen Therapierichtungen werden die Besonderheiten dieser Therapierichtungen berücksichtigt. Die Mitgliederzahl wird zur Erhöhung der Effizienz der Arbeit in den Kommissionen gering gehalten. Aus diesem Grund wird auch die Zahl der Stellvertreter auf einen Stellvertreter je Gruppe begrenzt. Mit drei medizinischen Sachverständigen, davon zwei aus der ärztlichen Praxis unter Einschluß der Allgemeinmedizin und einem aus der klinischen Medizin, wird dieser Bereich verstärkt und damit die Bedeutung der praktischen Erfahrungen für die Beurteilung hervorgehoben. Das arzneimittelbezogene Fachwissen wird durch zwei Sachverständige der (klinischen) Pharmakologie eingebracht. Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen werden aus jeder der drei Therapierichtungen zwei Sachverständige vertreten sein.

Zu Absatz 2

Neben der fachlichen Kompetenz ist die Unabhängigkeit der Mitglieder der Kommission für die effektive Erfüllung ihrer Aufgaben von zentraler Bedeutung. Es wird daher eine Offenlegung der Beziehungen zu den genannten Stellen gefordert, wie sie auch insbesondere von Sachverständigen der Europäischen Arzneimittelagentur verlangt wird. Näheres hierzu kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 geregelt werden.

Zu Absatz 3

Die Verfahrensfragen, die sich hinsichtlich der Tätigkeit der Kommission stellen, sollen durch Rechtsverordnung geregelt werden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die Teilnahme weiterer Personen an den Sitzungen der Kommission. Auf die Vertraulichkeit der Beratungen wird ausdrücklich hingewiesen.

Zu Absatz 5

Die Erarbeitung der Vorschlagsliste der in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittel ist die zentrale Aufgabe des Instituts. Die Vorschlagsliste bildet die Grundlage für die vom Bundesministerium nach § 34a zu erlassende Rechtsverordnung.

Ziel ist die Qualitätsverbesserung der Arzneimittelversorgung für die gesetzlich Versicherten. Die auf die Kriterien Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit ausgerichtete individuelle Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz kann den sozialgesetzlich zu fordernden Nutzen im Sinne des systematischen Einsatzes des zweckmäßigsten Arzneimittels nicht gewährleisten; dazu bedarf es einer systematisch vergleichenden Nutzen-Bewertung gemäß den Kriterien des Absatzes 6. Die Negativliste nach § 34 SGB V ist für diesen Zweck ungeeignet, da sie

– neben bestimmten geringfügigen Gesundheitsstörungen – nur Mittel ausschließt, die ohnehin nicht zulassungsfähig sind. Fachliche Zielsetzung und Ordnungsstruktur sind bereits in der Vorschlagsliste zu realisieren. Die arzneimittelrechtliche Verkehrsfähigkeit des Arzneimittels bleibt bestehen, so daß ausschließlich die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt. Den Belangen der Innovation wird durch schnelle Aufnahme neuer Arzneimittel in die Liste Rechnung getragen.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 werden die Kriterien konkretisiert, die für eine Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sein müssen. Um die Zielsetzung zu erreichen, ausschließlich geeignete Arzneimittel in der Liste aufzuführen, bedarf es für den Hauptteil der Methodik der nachweisgestützten (evidence based) Medizin. Zu ermitteln sind der Nutzen der Arzneimittel für die Indikation als solche und im Vergleich mit anderen therapeutischen Maßnahmen; dabei sind die methodische Qualität der Nachweise, die Relevanz der Ergebnisse für den Patienten (Nutzen aufgrund des maximal erzielbaren therapeutischen Effekts) und die Erfolgswahrscheinlichkeit (Nutzen aufgrund der statistischen Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines therapeutischen Effekts) einzubeziehen.

Zusätzlich sind in Satz 4 die Ausschlußgründe des § 34 aufgeführt, der mit Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 34a außer Kraft tritt (vgl. Artikel 24 Abs. 7). Die in die Liste aufzunehmenden Arzneimittel, d. h. Wirkstoffe, Wirkstoffkombinationen und andere arzneiliche Zubereitungen, werden nach Anwendungsgebieten und Stoffgruppen geordnet.

Zu Absatz 7

Das Nähere zu der Möglichkeit des Instituts Sachverständige hinzuzuziehen, wird in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 geregelt. Durch die Auskunftspflicht der Behörden des Geschäftsbereichs und der Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie soll sichergestellt werden, daß das Institut, die für die Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Informationen erhält.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift enthält Vorgaben zur Beschlußfassung über die Vorschlagsliste nach Absatz 5 sowie zum Anhörungsverfahren. Die erstmalige Beschlußfassung erfolgt bis zum 31. März 2001, um sicherzustellen, daß die Rechtsverordnung nach § 34a bis zum 30. September 2001 erlassen werden kann.

Zu Absatz 9

Mit der Regelung wird sichergestellt, daß die Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit neu zugelassener Arzneimittel innerhalb von drei Monaten nach ihrer Zulassung getroffen wird. Ferner wird klargestellt, daß die Liste an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

anzupassen ist. Der pharmazeutische Unternehmer erhält in Satz 2 die Möglichkeit nach der erstmaligen Erstellung der Liste einen Antrag auf Aufnahme eines Arzneimittels zu stellen.

Zu Absatz 10

Mit dieser Regelung wird die Möglichkeit eröffnet, in Ausnahmefällen Arzneimittel, die in der Liste nach § 34a nicht enthalten sind, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu verordnen.

Zu Absatz 11

Es wird klargestellt, daß Klagen gegen die Vorschlagsliste nach Absatz 5, die keine Bindungswirkung hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel haben und nicht veröffentlicht werden, unzulässig sind. Die Vorgaben für Klagen gegen die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 34a entsprechen den für die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 und die Festbeträge nach § 35 geltenden Regelungen. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste wird die Möglichkeit der Leistungsklage eröffnet. Die von der Rechtsprechung anerkannten Möglichkeiten des einstweiligen Rechtsschutzes bleiben unberührt.

Zu Nummer 48 (§ 93)

Mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 34a treten als Folgeänderung die Vorschriften über ausgeschlossene Arzneimittel (§ 34 Abs. 1, 2, 3 und 5) außer Kraft. Damit sind auch die Bestimmungen zur Übersicht ausgeschlossener Arzneimittel in § 93 aufzuheben. Das Inkrafttreten der Aufhebung ist in Artikel 22 Abs. 9 geregelt.

Zu Nummer 49 (§ 95 Abs. 5)

Die Änderung sieht vor, daß der Zulassungsausschuß das Ruhen der Zulassung auch dann beschließt, wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt worden ist. Ein solcher Beschluß ist nicht erforderlich, wenn ein in den Vorstand gewählter Vertragsarzt seine bisherige Tätigkeit entsprechend satzungrechtlicher Bestimmungen aufgrund des § 79 Abs. 4 Satz 5 weiter ausübt.

Zu Nummer 50 (§ 95a)

Seit 1993 dürfen nur noch weitergebildete Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Die Weiterbildungszeit für den Allgemeinarzt betrug bisher drei Jahre. Zukünftig wird sie entsprechend den Vorschlägen im „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ auf fünf Jahre erhöht werden; die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sind bereits entsprechend angepaßt. Es ist deshalb davon auszugehen, daß ab dem Jahre 2006 die Niederlassung anstrebenden Allgemeinärzte diese Anforderung erfüllen. Der Zeitraum von sechs Jahren zwischen Verkündung und Inkrafttreten dieser Regelung gibt den Allgemeinärzten mit dreijähriger Weiterbildung

genügend zeitlichen Spielraum, um eventuelle Niederlassungsabsichten umzusetzen.

Zu Nummer 51 (§ 96)

Folgeänderung zu § 77 Abs. 3.

Zu Nummer 52 (§ 97)

Folgeänderung zu § 96 Abs. 2 Satz 3.

Zu Nummer 53 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Der Bundesausschuß hat die Einzelheiten des Verfahrens der Schließung von Praxen in überversorgten Regionen zu regeln. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, daß im Interesse des ausscheidenden Arztes bzw. der Erben möglichst zeitnah nach Praxisaufgabe eine Entscheidung über die Praxis-schließung fällt.

Weiter hat der Bundesausschuß die Fallgruppen zu bestimmen, in denen der Zulassungsausschuß eine Praxis nach § 103 Abs. 4 SGB V schließen kann. Dies ist insbesondere für den Fall zu ermöglichen, daß eine Kleinstpraxis aufgegeben wird. Denn bei deren Weitergabe besteht regelmäßig die Gefahr, daß der Praxisumfang und damit die Abrechnungsmenge vom Nachfolger ausgeweitet wird, ohne daß hierfür ein Versorgungsbedarf besteht. Eine Schließung ist auch dann sinnvoll, wenn eine besonders hohe lokale Versorgungsdichte vorliegt, weil dann regelmäßig anzunehmen ist, daß kein Versorgungsbedarf für die Praxisfortführung besteht. Dies ist sowohl in den Fällen denkbar, in denen in dem gesamten Planungsbereich eine besonders große Überversorgung vorliegt (z. B. großstädtischer Planungsbereich wie München, wo in den meisten Arztgruppen eine sehr hohe Versorgungsdichte herrscht: 169 % bei den Allgemeinmedizinern, 153 % bei den Internisten, 171 % bei den Orthopäden) als auch in den Fällen, in denen in einem Teil eines Planungsbereichs eine besondere örtliche Ballung von Zulassungen vorliegt, für die keine Versorgungsgründe vorhanden sind.

Zu Buchstabe b

Es besteht die Gefahr, daß durch die Einführung einer Bedarfszulassung auf Grund gesetzlich festgelegter Verhältnis-zahlen zum 1. Januar 2003 nach § 102 SGB V kurzfristig überproportional viele Ärzte eine Niederlassung anstreben und damit die Überversorgung weiter ansteigt. Um dies zu verhindern, wird die Verpflichtung des Bundesausschusses gestrichen, die Verhältnis-zahlen zur „Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Facharztgruppen“ anzupassen. Dies hat zur Folge, daß nur noch in den derzeit nicht überversorgten Planungsbereichen eine Zulassung möglich ist. Faktisch bedeutet dies, daß bereits vor Inkrafttreten der neuen Bedarfszulassung ab 2003 für einzelne Arztgruppen die Zulassung im ganzen Bundesgebiet grundsätzlich gesperrt sein könnte (wenn in allen Planungsbereichen der allgemeine Versorgungsgrad um 10 % überschritten wird). Diese Zulassungs-

sperrungen gelten bis zum 31. Dezember 2002. Ab 2003 wird dann nach den gesetzlich festgelegten Bedarfskriterien zugelassen.

Die Gefahr des überproportionalen Anstiegs von Vertragsärzten beruht auf der Ankündigung des Gesetzesvorhabens, an Stelle einer regionalen Umverteilungsregelung des bisherigen § 101 SGB V (die das Bundesgebiet in für die Zulassung gesperrte und offene Planungsbereiche gliedert) künftig eine Bedarfszulassung einzuführen. Diese Befürchtung eines überproportionalen Anstiegs ergibt sich aus den Erfahrungen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Im GSG war die regionale Umverteilungsregelung ab 1993 eingeführt worden; außerdem war die bedarfsunabhängige Zulassung mit Antragsfrist bis zum 31. Januar 1993 eingeführt worden, die zu einer Niederlassungswelle (gerade in den überversorgten Gebieten) führte: die Zahl der Vertragsärzte nahm im Jahre 1993 um 10,2 Prozent zu. Ein solcher „Vorzieheffekt“ durch die Ankündigung der Umsetzung des § 102 SGB V würde sich voraussichtlich wiederholen, da verschärfend hinzutritt, daß 1993 nur eine Verteilungsregelung eingeführt wurde, während ab 2003 eine absolute Zulassungssperre für einzelne Facharztgruppen möglich ist.

Denkbar ist, daß ab 1. Januar 2003 Bedarfszahlen gelten, die wesentlich unter den bestehenden Verhältnis-zahlen liegen. Diese Möglichkeit kann – gerade im Hinblick auf eine strenge Bedarfszulassung – dazu führen, daß sich bis Ende 2002 noch viele weitergebildete Ärzte niederlassen. Bei einer Zahl von über 80 000 weitergebildeten Ärzten außerhalb der ambulanten Versorgung und jährlich rund 12 000 neuen weitergebildeten Ärzten gegenüber insgesamt derzeit lediglich etwa 5 400 Zulassungsmöglichkeiten (neben der Praxisübergabe und Sonderbedarf), ist dies als konkrete Gefahr zu sehen. Den verbleibenden Zulassungsmöglichkeiten steht somit eine erheblich höhere Zahl zulassungsfähiger Ärzte gegenüber. Weitere Zulassungen bis 2003 würden, wenn 2003 niedrigere Bedarfszahlen als die heute bestehenden Verhältnis-zahlen gelten, die Überversorgung mit Vertragsärzten weiter verschärfen. Die in den Jahren 1999 bis 2002 aufgetretene zusätzliche Überversorgung in Teilbereichen müßte dann in der Folgezeit finanziert und könnte nur langsam abgebaut werden. Dieser Gefahr für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb zu begegnen. Aus diesen Gründen ist eine Sofortmaßnahme für das Erreichen des Regelungsziels unerlässlich.

Diese sofortige Verschärfung der bisher geltenden regionalen Umverteilungsregelung ist zur Sicherung des Ziels der Einführung einer Bedarfszulassung ab dem Jahr 2003 geeignet, ohne die Gefahr von Versorgungsdefiziten entstehen zu lassen. Die geltenden Verhältnis-zahlen, die auf die Vorgaben des Gesetzgebers durch das Gesundheitsstrukturgesetz zurückzuführen sind, beruhen auf den am 31. Dezember 1990 vorgefundenen und die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 berücksichtigenden – und damit historisch gewachsenen – Versorgungsstrukturen. Dennoch ist in den mittlerweile über sechs Jahren seit Einführung der Regelung kein Versorgungsdefizit erkennbar geworden.

Diese Sofortmaßnahme ist den ärztlichen Leistungserbringern auch zuzumuten, weil die bisherige regionale Umverteilungsregelung bei ihnen kein rechtlich geschütztes Vertrauen auf Fortbestand der grundsätzlichen Zugangsmöglichkeiten zur vertragsärztlichen Versorgung auslösen konnte. Der Gesetzgeber des Gesundheitsstrukturgesetzes hat gerade mit dem Regelungsauftrag in § 102 SGB V verhindert, daß ein solches Vertrauen auf lediglich regionale Einschränkung der Zulassungsmöglichkeiten entstehen konnte. Zwar ist der Regelungsauftrag nicht fristgerecht zu dem in § 102 SGB V festgelegten Termin, 1. Januar 1999, umgesetzt worden. Jedoch kann auch daraus kein rechtlich geschütztes Vertrauen auf Fortbestand der bisherigen regionalen Umverteilungsregelung erwachsen sein, da der Gesetzgeber § 102 SGB V nicht gestrichen hat, der Regelungsauftrag also weiterhin fortbesteht.

Auch besteht kein Vertrauensschutz hinsichtlich der durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz eingeführten Regelung des § 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Die Einführung dieser Regelung diene lediglich der Klarstellung der bereits in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte enthaltenen Regelung. Die Vorschrift sollte klarstellen, daß die Bedarfsplanung als lediglich regionale Verteilungsregelung angelegt ist.

Zu Buchstabe c

Absatz 5 regelt die Bildung der neuen planungsrechtlichen Arztgruppe der Hausärzte. In diese Planungsgruppe werden die Kinderärzte nicht mit einbezogen. Sie werden zwar nach der Neuregelung in § 73 Abs. 1 Satz 1 funktional auch der hausärztlichen Versorgung zugeordnet, dennoch bilden sie bedarfsplanungsrechtlich eine eigene Arztgruppe, da sie nicht denselben Personenkreis versorgen wie die übrigen Hausärzte, sondern nur ein Segment daraus, nämlich Kinder bis zum 18. Lebensjahr. Der von ihnen zu versorgende Personenkreis ist also nicht identisch mit den Patienten, die die übrigen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu betreuen haben. Deshalb bilden sie weiterhin, wie bereits nach geltendem Recht, planungsrechtlich eine eigenständige Arztgruppe, die sowohl die Kinderärzte mit Schwerpunkt wie die Kinderärzte ohne Schwerpunkt umfaßt (durch die in § 73 Abs. 1a Satz 1 vorgenommene neue Zuordnung der Kinderärzte mit Schwerpunkt zur hausärztlichen Versorgung – nach geltendem Recht werden die Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung der fachärztlichen Versorgung zugerechnet – besteht zukünftig auch bei den Kinderärzten ein Gleichklang zwischen der funktionalen und der planungsrechtlichen Einordnung). Für die neugebildete Arztgruppe der Hausärzte wird die allgemeine Verhältniszahl (Soll-Stand) erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 ermittelt; der Stichtag 31. Dezember 1995 ist damit begründet, daß nach einer Übergangsregelung im geltenden Recht (§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V) Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die bereits am 1. Januar 1993 niedergelassen waren, sich spätestens zum 31. Dezember 1995 entweder für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung oder der fachärztlichen Versorgung entscheiden mußten. Konsequenz daraus, daß die neue planungsrechtliche Arztgruppe der Hausärzte auch die

Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung umfaßt, die bisher planungsrechtlich gemeinsam mit den Internisten mit Schwerpunkt eine Arztgruppe gebildet haben, ist, daß die allgemeine Verhältniszahl (Soll-Stand) für die nur noch die fachärztlich tätigen Internisten enthaltende internistische Planungsgruppe ebenfalls neu ermittelt werden muß, und zwar zu demselben Bezugszeitpunkt wie die allgemeine Verhältniszahl für die Hausärzte, bezogen auf die jetzt kleinere Gruppe der Internisten ohne Schwerpunkt (Satz 3). Dem Bundesausschuß wird aufgegeben, die Verhältniszahlen für die beiden neuen Arztgruppen der Hausärzte und der Internisten innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu beschließen (Satz 4). Die Landesausschüsse haben die Feststellung, ob für die neuen Arztgruppen in den einzelnen Planungsbereichen Überversorgung besteht (Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V) erstmals zum Stande vom 30. Juni 2000 zu treffen; dieses Datum ist daran begründet, daß die Übergangsregelung in § 73 Abs. 1a Satz 5 den Internisten bis zum 30. Juni 2000 die Überlegungsfrist einräumt, ob sie weiterhin an der hausärztlichen oder zukünftig an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Erst zu diesem Zeitpunkt steht also fest, wieviel hausärztliche Leistungserbringer (örtliche Verhältniszahl) in den einzelnen Planungsbereichen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, so daß erst nach diesem Stichtag der konkrete Versorgungsgrad in den einzelnen Planungsbereichen ermittelt werden kann. Den Landesausschüssen wird aufgegeben, diese Feststellungen bis zum 31. Juli 2000 zu treffen, damit für die Ärzte so schnell wie möglich Planungssicherheit besteht und Neuzulassungen ausgesprochen werden können. Denn der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge von Hausärzten und Internisten, die nach dem 31. Dezember 1999 (Inkrafttreten der Neuregelung) gestellt werden, erst entscheiden, wenn die Feststellung des Landesausschusses, ob Überversorgung vorliegt, getroffen ist. Außerdem gilt in diesen Fällen – also für Zulassungsanträge, die in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis zur erstmaligen Feststellung des Landesausschusses, ob Überversorgung vorliegt (spätestens am 31. Juli 2000) – die grundsätzliche Vorschrift des § 19 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte nicht, wonach wegen einer Zulassungsbeschränkung ein Antrag nur abgelehnt werden kann, wenn die Zulassungsbeschränkung bereits bei Antragstellung angeordnet war. Diese Ausnahmeregelung, die in allen entsprechenden Fällen der Einführung einer neuen planungsrechtlichen Arztgruppe (vgl. § 95 Abs. 12 SGB V – Einführung der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten) getroffen wird, verhindert, daß über Zulassungsanträge, die in der Zeit zwischen dem Inkrafttreten der Neuregelung und der Feststellung der Landesausschüsse über Zulassungsbeschränkungen gestellt werden, ohne Berücksichtigung der – vom Landesausschuß anzuordnenden – Zulassungsbeschränkungen zu entscheiden ist. Von dieser Entscheidungssperre in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Juli 2000 werden allerdings Neuzulassungen aufgrund einer Praxisübergabe ausgenommen, da diese nach § 103 Abs. 4 SGB V auch in überversorgten Planungsbereichen möglich sind und außerdem anderenfalls der abgebende Praxisinhaber seine Rechte aus Artikel 14 GG in diesem Zeitraum nicht realisieren könnte.

Zu Nummer 54 (§ 102)

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 enthält folgenden gesetzlichen Regelungsauftrag:

„§ 102 Bedarfszulassung

Ab 1. Januar 1999 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Die Bundesausschüsse haben in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen, es sei denn, der Bedarfsplan für das jeweilige Versorgungsgebiet sieht ausnahmsweise die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind.“

Ziel dieses Regelungsauftrages war es, das „Übersorgungsinstrumentarium“ durch die Bedarfszulassung abzulösen, um hierdurch einer weiter steigenden Übersorgung mit Ärzten wirksam entgegenzuwirken und gleichzeitig das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten gesetzlich festzulegen. Bei der gesetzlichen Umsetzung sollten die zwischenzeitlich eingetretene Entwicklung der Arztzahlen und die dann vorliegenden Erfahrungen mit der Bedarfsplanung nach § 101 SGB V berücksichtigt werden. Den Grund dafür, daß dieser Regelungsauftrag bereits 1993 im Gesundheitsstrukturgesetz niedergelegt worden ist, war, sicherzustellen, daß sich die Betroffenen bei ihren Planungen rechtzeitig auf die Neuregelung einstellen können (vgl. Gesetzesbegründung zu § 102 SGB V, Drucksache 12/3608 S. 96 ff.).

Die z. Z. geltenden Zulassungsbeschränkungen des § 101 SGB V, als deren Weiterentwicklung der Gesetzgeber des GSG die nach § 102 SGB V zukünftig einzuführende Bedarfszulassung gewertet hat, sind eine regionale Verteilungsregelung. Sie bewirken nämlich, daß jeder Arzt eine Zulassung erhält, nicht jedoch in jedem Fall am Ort seiner Wahl. Planungsbereiche, die nach den auf der Grundlage der Arzt/Einwohner-Relation zum Stande vom 31. Dezember 1990 ermittelten Verhältniszahlen mindestens 10 % übertersorgt sind, werden – abgesehen vom Vorliegen eines Sonderbedarfs – für zusätzliche Zulassungen gesperrt. Die Verhältniszahlen sind jedoch so festzulegen, daß immer für eine ausreichende Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Facharztgruppen der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung im Bundesgebiet gewährleistet ist, damit der Charakter der derzeitigen Zulassungsbeschränkungen als regionale Verteilungsregelung erhalten bleibt.

Die faktische Entwicklung der Vertragsarztszahlen auf dieser Rechtsgrundlage hat eine effektive Begrenzung des Anstiegs der Arztszahlen nicht erreichen können. Im Vergleich zu 1992 ist die Zahl der Vertragsärzte insgesamt bis zum 31. Dezember 1998 um 18 % angewach-

sen. Es läßt sich deshalb feststellen, daß das jetzige reine Verteilungssystem nicht zu einer Stabilisierung der Arztszahlen geführt hat. Es ist auch nicht zu erwarten, daß es auf der Grundlage der geltenden Zulassungsbeschränkungen in Zukunft zu einer einschneidenden Begrenzung der Arztszahlentwicklung kommt.

Eine verschärfte Zugangsbegrenzung der ärztlichen Leistungserbringer ist jedoch zwingend erforderlich, um die durch die Morbiditätsentwicklung der Versicherten nicht begründete Steigerung der Kosten für die ambulante Versorgung – unter Einschluß der Kosten für ärztlich veranlaßte Leistungen – zu verhindern und damit die Ausgaben der Krankenkassen zu stabilisieren. Daß die Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer maßgeblichen Einfluß auf die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich hat, ist in der oben erwähnten Begründung zu § 102 SGB V ausführlich dargestellt. Aktuellere Zahlen bestätigen diesen Zusammenhang:

Die Leistungsausgaben je Mitglied (ohne Zahnmedizin) im Jahre 1994 der AOK München (433 Einwohner je Vertragsarzt) sind um 11,2 % höher als die der AOK Mittelfranken (787 Einwohner je Vertragsarzt) und um 21,7 % höher als die der AOK Hof (872 Einwohner je Vertragsarzt). Der Vergleich der Ausgaben für ambulante Behandlung je Mitglied (ohne Zahnmedizin) fällt für die genannten Krankenkassen noch negativer zu Lasten der stärker versorgten Gebiete aus. So sind die Ausgaben der AOK München für die ambulante Versorgung je Mitglied um 16,5 % höher als die der AOK Mittelfranken und sogar um 38,5 % höher als die der AOK Hof. Auch wenn die Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen den Versorgungsregionen gegenüber 1992 leicht abgeflacht sind, hat sich dieser Trend bestätigt. Neuere Zahlen liegen wegen der landesweiten Fusion der einzelnen Allgemeinen Ortskrankenkassen in Bayern nicht vor.

Für die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es neben anderen Maßnahmen auch der Verschärfung der Zugangsbegrenzung der ärztlichen Leistungserbringer. Die Verschärfung der Zugangsbegrenzungen für ärztliche Leistungserbringer steht hier neben parallel greifenden Maßnahmen, insbesondere der Einführung eines Globalbudgets für die Ausgabenbegrenzung in allen Leistungsbereichen, der Beibehaltung der vertraglichen Sektorsteuerung in der ambulanten Versorgung insbesondere durch die Arznei- und Heilmittelbudgets und die ärztlichen Gesamtvergütungen, der Einführung eines „landesweiten Gesamtbetrages“ (als Obergrenze), mit dem die von den Krankenhäusern erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet werden, der Schaffung integrierter Versorgungsformen und der Effektivierung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere durch Verbesserung der Transparenzvorschriften. Nur die Summe aller vorgesehenen Einzelmaßnahmen gewährleistet ausreichend die Stabilitätsanforderungen, ohne in Einzelbereichen zu übermäßigen Rechts Einschränkungen zu gelangen. Andere Lösungen, die für sich genommen die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung allein gewährleisten können, sind nicht erkennbar. Die vom Gesetzgeber des Gesundheitsstrukturgesetzes angekündigte Bedarfszulassung ist deshalb möglichst zeitnah umzusetzen, damit die Stabilität der

gesetzlichen Krankenversicherung, die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts den Rang eines besonders wichtigen Gemeinschaftsgutes hat, weiterhin wirksam gesichert werden kann. Zu diesem Zwecke wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, durch ein Forschungsvorhaben Bedarfskriterien für die nach wissenschaftlich fundierten und gesundheitspolitisch begründeten Versorgungsbedürfnissen festzulegenden Verhältniszahlen ermitteln zu lassen. Auf der Grundlage und nach Auswertung dieser Daten hat der Gesetzgeber nach § 102 Abs. 1 SGB V die Bedarfszulassung gesetzlich festzulegen.

Der Gesetzgeber hat dabei sicherzustellen, daß die Zulassungsbeschränkungen nur in dem Maße zum Tragen kommen, wie sie nach den gesundheitspolitisch begründeten Versorgungsbedürfnissen erforderlich und in Abwägung mit den Grundrechten der Betroffenen zumutbar sind. Der Gesetzgeber hat weiter sicherzustellen, daß die Bedarfskriterien, soweit erforderlich, aktualisiert werden und die Abwägung zwischen dem bedeutenden Gemeinwohlbelang der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und den Grundrechten der Ärzte fortlaufend überprüft wird, um bei Änderungen der Verhältnisse dem Grundrecht auf Berufsfreiheit die ihm im Gesamtgefüge des Grundgesetzes zukommende Wirksamkeit einzuräumen.

Auf Grund der oben dargelegten Abwägungen sind Beschränkungen der freien Niederlassung nach Artikel 43 EG-Vertrag auch für Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten, soweit sie infolge dieser Vorschrift auftreten, hinzunehmen. Eine Diskriminierung von Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten findet nicht statt.

Auch besteht kein Vertrauensschutz hinsichtlich der durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz eingeführten Regelung des § 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Das Nähere ergibt sich aus der Begründung zu § 101 SGB V.

Auch nach der neu geregelten Bedarfszulassung ab Januar 2003 ist weiterhin die Praxisübergabe nach § 103 Abs. 4 SGB V möglich.

Zu Nummer 55 (§ 103)

Um die Überversorgung mit Vertragsärzten abzubauen, kann der Zulassungsausschuß nach den Vorgaben in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V Praxen in überversorgten Regionen schließen, sofern von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen ein entsprechender Antrag gestellt wird. Der ausscheidende Arzt oder seine Erben erhalten in diesen Fällen eine Entschädigung, die sich am Verkehrswert der Praxis bemißt. Die Kosten werden zu gleichen Teilen von Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung getragen.

Satz 7 ist eine Sonderregelung für die Praxisübergabe in hausärztlich überversorgten Gebieten. Der Zulassungsausschuß hat ab 1. Januar 2006 bei der Erteilung der Zulassung für einen ausgeschriebenen Hausarztsitz geeignete Allgemeinärzte gegenüber Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die entsprechend § 73 Abs. 1a

SGB V ebenfalls an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen können, zu bevorzugen. Die von den Ärztekammern beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung im Bereich der Allgemeinmedizin, insbesondere die auf fünf Jahre verlängerte Weiterbildungszeit, ermöglicht es, die hausärztliche Versorgung entsprechend dem Differenzierungsmodell (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe a, Neufassung des § 73 Abs. 1a I SGB V) langfristig durch Allgemeinärzte sicherzustellen. Mit Inkrafttreten des Artikel 1 Nr. 49 zum 1. Januar 2006 sind neu zuzulassende Allgemeinärzte für die spezifischen Anforderungen in der hausärztlichen Versorgung besonders qualifiziert, so daß grundsätzlich diese bei der Fortführung einer an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxis vorrangig zu berücksichtigen sind. Die Sonderregelung ist für Internisten zumutbar, da diesen Ärzten, anders als den Allgemeinärzten, eine weitere Zulassungsmöglichkeit im fachärztlichen Bereich zur Verfügung steht. Der Zulassungsausschuß ist nicht gehindert, im Rahmen seiner Ermessensentscheidung auf der Grundlage der in Satz 6 genannten weiteren Auswahlkriterien eine vom Grundsatz abweichende und daher besonders zu begründende Entscheidung zu treffen.

Zu Nummer 56 (§ 106)

Zu Absatz 1

Es wird klargestellt, daß die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von den Prüfungsausschüssen durchzuführen ist. Die Ausschüsse werden verpflichtet, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen und der von den Vertragspartnern auf dieser Grundlage getroffenen Vereinbarungen durchzuführen. Die Durchführung von Prüfungen ist nicht mehr von der Stellung eines Antrags abhängig.

Zu Absatz 2

Durch die Neuregelung in Satz 1 Nr. 2 wird ein größerer Spielraum hinsichtlich des Umfangs der Stichprobe geschaffen; dadurch wird insbesondere eine sachgerechtere Ausrichtung der Stichprobe an der Größe der in die Prüfung einzubeziehenden Arztgruppe ermöglicht.

Die Neuregelung in Satz 2 soll eine sachgerechte und effiziente Prüfung gewährleisten, indem die Definition der in die Prüfung einzubeziehenden Arztgruppen an den unter Prüfungsaspekten relevanten Tätigkeitsmerkmalen der Ärzte orientiert werden kann und eine für die jeweilige Arztgruppe adäquate Höhe der Stichprobe zu bestimmen ist.

Die bislang bestehende Möglichkeit, über die in Absatz 2 genannten Prüfungen hinaus weitere Prüfungsarten zu vereinbaren, soll entfallen; damit soll auch eine mögliche Überforderung des Prüfungsausschusses vermieden werden. Die zeitliche Vorgabe zur Durchführung der Prüfungen entfällt; dadurch erhält der Ausschuß einen größeren Spielraum für sachgerechte, dem jeweiligen Sachverhalt entsprechende Maßnahmen. Die Regelung des bisherigen Satzes 5 ist in Absatz 3 (neu) enthalten.

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, daß auch die medizinische Notwendigkeit veranlaßter Leistungen, insbesondere von Großgeräteleistungen, Gegenstand der Prüfung ist. Diese Klarstellung ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, daß eine Großgeräteplanung nicht mehr existiert.

Die bisher im Gesetz nicht spezifizierten Ziele bzw. Gegenstände der Stichprobenprüfung werden explizit aufgeführt; damit wird insbesondere deutlich gemacht, daß nicht nur die Kosten, sondern auch die qualitativen Aspekte der von den Ärzten erbrachten, verordneten und veranlaßten Leistungen in die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzubeziehen sind.

Ferner wird klargestellt, daß auch im Wege der Kostenersatzung vergütete Leistungen in die Prüfungen einbezogen werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 (neu) ist Absatz 3 (alt) in geänderter Form:

Satz 1 wurde übernommen und redaktionell angepaßt. Die im bisherigen Satz 2 enthaltene Regelung hat aufgrund ihrer Unbestimmtheit zu Rechtsunsicherheit geführt und soll deshalb entfallen. Die Regelung des bisherigen Satzes 3 ist in Absatz 3 übernommen worden. Der Sachverhalt des bisherigen Satzes 4 wird in Verbindung mit den weiteren richtgrößenbezogenen Fragen in Absatz 5 geregelt. Der bisherige Satz 5 ist obsolet, weil die Bezugsregelung zur Kostenerstattung entfallen ist. Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden unverändert als Sätze 2 und 3 übernommen.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 (neu) werden die bisher an verschiedenen Stellen (§ 84 Abs. 3, § 106 Abs. 3 und 5a) getroffenen und teilweise obsoleten Regelungen zu den Richtgrößen aus rechtssystematischen Gründen zusammengeführt. Die Praktikabilität der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage von Richtgrößen wird dadurch verbessert, daß bei einer Überschreitung der Richtgrößen nicht „automatisch“ eine Einzelprüfung des Arztes durchzuführen ist; der Prüfungsausschuß kann auf eine Prüfung verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, daß die Richtgrößenüberschreitung auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist, z. B. auf einen hohen Anteil von Patienten, deren Versorgung mit einem extrem hohen Aufwand für Arzneimittel verbunden ist. Zugleich entfällt die Option der Vertragspartner, von den gesetzlich vorgegebenen „Schwellenwerten“ (15 bzw. 25 v. H.) bei Richtgrößenüberschreitungen abzuweichen: Eine Rechtfertigung für solche Abweichungen besteht nicht, da es insoweit keine regionalen Besonderheiten gibt, denen Rechnung zu tragen wäre.

Zu Absatz 6

Absatz 6 ist der bisherige Absatz 4 in geänderter Form:

Die Regelung im bisherigen Absatz 4 Satz 1 ist nach Absatz 1 überführt worden, die Sätze 2 bis 4 des bisherigen

Absatzes 4 werden Absatz 6 Satz 1 bis 3 und redaktionell angepaßt. Satz 4 (neu) überträgt den Vertragspartnern nach Abs. 1 die Bildung von Beschwerdeausschüssen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 (neu) ist Absatz 3a (alt) in redaktionell angepaßter Form.

Zu Absatz 8

Absatz 8 (neu) ist Absatz 5 (alt) in geänderter Form:

Satz 1 wird gemäß der geänderten Funktion des Prüfungsausschusses redaktionell angepaßt. Aus rechtssystematischen Gründen werden die dem Prüfungsausschuß zur Verfügung stehenden Maßnahmen in Satz 2 enumerativ aufgeführt, so daß die Sätze 2 und 3 des bisherigen Absatzes 5 entfallen. Die Sätze 4 bis 7 werden unverändert beibehalten.

Zu Absatz 9

Absatz 9 (neu) ist Absatz 6 (alt) in redaktionell angepaßter Form.

Zu Absatz 10

Aus Gründen der Rechtsklarheit werden die bestehenden Pflichten des Vertragsarztes gegenüber dem Prüfungsausschuß benannt. Die Regelung ersetzt die entsprechende Bestimmung in § 295 Abs. 1a.

Zu Nummer 57 (§ 106a)**Zu Absatz 1**

Die Regelung soll dazu beitragen, übermäßige Ausweitungen der Menge der abgerechneten Leistungen und den damit verbundenen „Punktwertverfall“, d. h. den durch die Mengenexpansion verursachten Rückgang der rechnerischen Vergütungssätze, zu verhindern. Insbesondere werden regelmäßige Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen auf der Grundlage von „Tagesprofilen“ vorgeschrieben. Damit soll zugleich eine leistungsgerechte Honorarverteilung erreicht werden. Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen, die in der Regel durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, sollen den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 2 zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 2

Die bisherige Regelung des § 295 Abs. 1a wurde aus rechtssystematischen Gründen in den § 106a integriert. Die Ergänzung ist erforderlich, um die in Prüfungsverfahren ggf. erforderliche Einsichtnahme in die patientenbezogene Dokumentation des Arztes zu ermöglichen.

Zu Absatz 3

Die Regelung soll eine zeitnahe Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe sicherstellen.

Zu Nummer 58 (§ 108)

Ab 2003 entfällt für die Zukunft der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (s. auch Begründung zu § 109). Dem trägt die Änderung dieser Grundnorm über die zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassenen Krankenhäuser Rechnung. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes tritt in ihrer Bedeutung hinter dem Abschluß eines Versorgungsvertrages zurück; die Versorgungsvertragskrankenhäuser werden demzufolge an erster Stelle im Gesetzestext genannt. Ein Krankenhaus, das nach dem 1. Januar 2003 in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder beispielsweise eine neue Abteilung erhält, ist nicht mehr automatisch zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassen, benötigt vielmehr einen ausdrücklichen Versorgungsvertrag. Für diesen Versorgungsvertrag sind die Rahmenvorgaben nach § 109a von maßgeblicher Bedeutung, die somit neben die herkömmliche Krankenhausplanung der Länder treten und den Versorgungsbedarf für die GKV beschreiben. Das GKV-Zulassungsrecht für Hochschulkliniken bleibt unverändert.

Zu Nummer 59 (§ 109)

Absatz 1 setzt die mit § 108 vorgenommene Rechtsänderung um: Mit der Einführung der 2. Stufe der monistischen Krankenhausfinanzierung ab 2003 entfällt für die Zukunft der Automatismus zwischen Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und Zulassung des Krankenhauses zur Versorgung gesetzlich Krankerversicherter. Krankenhäuser, die am 1. Januar 2003 in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, gelten im Umfang ihres durch die Festlegungen des Krankenhausplanes und der darauf beruhenden Feststellungsbescheide bestimmten Versorgungsauftrages weiterhin als durch Versorgungsvertrag zugelassen. Krankenhäuser, die nach diesem Zeitpunkt in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden, benötigen – um Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu können – einen Versorgungsvertrag mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene. Gleiches gilt für Änderungen des Versorgungsauftrages, der Leistungsstruktur oder der Bettenzahl, die künftig – unabhängig von eventuellen Festlegungen im Krankenhausplan – allein durch ausdrücklichen Versorgungsvertrag zugelassen werden.

Auf der Grundlage der nach § 109a beschlossenen Rahmenvorgaben überprüfen die Vertragsparteien im Laufe des Jahres 2003 die bestehenden Versorgungsverträge der nach § 108 Nrn. 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser und konkretisieren den Versorgungsvertrag erforderlichenfalls um Vereinbarungen zur künftigen Leistungsstruktur und Aufgabenstellung. Kommt eine Einigung nicht zustande, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam im Wege einer Kündigung bzw. Teilkündigung nach § 110 unter den dort genannten Voraussetzungen eine Änderung des Versorgungsvertrages bewirken.

Absatz 2 entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Die Rahmenvorgaben (§ 109a) konkretisieren die

Voraussetzungen für Abschluß, Änderung und Kündigung von Versorgungsverträgen.

Absatz 3 regelt Verfahren und Beteiligungsrechte der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Rechtsweg für Klagen der Krankenkassen und der Krankenhausträger. Die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene werden verpflichtet, Abschluß, Änderung und Ablehnung von Versorgungsverträgen der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde hat ein Beanstandungsrecht, wenn und soweit die Rahmenvorgaben nicht beachtet wurden. Beanstandet die Landesbehörde die Ablehnung eines Versorgungsvertrages und helfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Beanstandung innerhalb einer Frist von drei Monaten nicht ab, kann die Landesbehörde den Versorgungsvertrag für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen abschließen; eine gegen den Abschluß des Versorgungsvertrages gerichtete Klage vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit hat keine aufschiebende Wirkung (vgl. § 97 SGG). Im Falle einer Klage ist auch inzidenter zu prüfen, ob die Rahmenvorgaben durch die Regelung in § 109a gedeckt sind.

Absatz 4 entspricht dem geltenden Recht.

Zu Nummer 60 (§ 109a)

Erstmals zum 30. Juni 2002 beschließt das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene nach der Systematik der Fallgruppen des neuen Vergütungssystems leistungsbezogene Rahmenvorgaben zu Art und Umfang der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhauskapazitäten (ohne Standorte). Diese sind unter Berücksichtigung der Entwicklung des Versorgungsbedarfs fortzuschreiben. Hierbei ist auch ein etwaiger überregionaler Versorgungsbedarf beispielsweise auch durch Hochschulkliniken zu berücksichtigen. Die Verbände der Krankenhausträger im Land erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Landesbehörde. Die Rahmenvorgaben sind bei Abschluß, Änderung und Kündigung eines Versorgungsvertrages zugrundezulegen.

Die erstmalige Erstellung der Rahmenvorgaben erfolgt ausgehend von den im Jahre 2000 erbrachten Leistungen und unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen, wie sie etwa im Rahmen von Fehlbelegungsprüfungen zu Tage treten, sowie medizinischer Neuerungen und Leistungsverlagerungen beispielsweise in den Bereich der ambulanten Versorgung. Die Krankenhausträger übermitteln den Beteiligten die hierfür erforderlichen Daten.

Zu Nummer 61 (§ 110)

Die Regelung vollzieht die Änderung der §§ 108, 109 auch für die Kündigung von Versorgungsverträgen nach. Die Krankenkassen auf Landesebene haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen; diese hat ein Beanstandungsrecht, wenn und soweit die Rahmenvorgaben für Versor-

gungsverträge nicht beachtet worden sind und – dies schränkt die Möglichkeit für das Land, einer Kündigung zu widersprechen weiter ein – das Krankenhaus bzw. der Krankenhausteil für die Versorgung des Versicherten unverzichtbar ist. Auch für eine Klage gegen eine Kündigung des Versorgungsvertrages bzw. gegen eine Beanstandung einer Kündigung wird der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Im Falle einer Klage ist inzidenter auch zu prüfen, ob die Rahmenvorgaben durch die Regelung in § 109a gedeckt sind. Hat das Land eine Kündigung beanstandet und ist die Klage der Krankenkassen gegen die Beanstandung erfolgreich, wird die Kündigung mit Rechtskraft des Urteils wirksam.

Zu Nummer 62 (§ 111a)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung von § 23 Abs. 5 Satz 3 und § 40 Abs. 3 Satz 3.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung in § 137d sieht vor, daß auf Bundesebene Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation zu treffen sind. Damit kann die Qualitätssicherung in diesem Bereich von den jeweils zuständigen Vertragspartnern verbindlich geregelt werden. Bundesweite Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung in der Vorsorge und Rehabilitation sind daher für die von § 137d erfaßten Leistungsbereiche nicht länger erforderlich. Gleichwohl sollen Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung von anderen Leistungserbringern, wie z. B. im Bereich Rehabilitationssport, auch weiterhin möglich sein.

Zu Nummer 63 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung in der Überschrift wird verdeutlicht, daß auch Qualitätsprüfungen Gegenstand der Vorschrift sind.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, die Prüfer für die Durchführung von Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität eines zugelassenen Krankenhauses sowie zu der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einseitig zu bestellen. Dadurch wird die Einleitung des Prüfverfahrens erleichtert. Eine Grundlage solcher Prüfungen bilden die nach § 301 zu übermittelnden Daten. Mit der Prüfung der Qualität kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt werden.

Zu Buchstabe c

Die Regelung enthält die für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 erforderlichen datenschutzrechtlichen Befugnisse der Prüfer.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen zur Streichung des § 83 Abs. 2, der Änderung des § 106 sowie der Übernahme des Regelungsinhaltes des bisherigen § 136 in den neuen § 136a Abs. 2.

Zu Nummer 64 (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4)

Die Befugnis, im Rahmen dreiseitiger Verträge Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung festzulegen, die von den gesetzlichen Fristen gem. § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichen, entfällt. Künftig sollen entsprechende Vereinbarungen zweiseitig von den Verbänden der Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landesebene geschlossen werden. An die Stelle der erweiterten Schiedsstelle nach § 115 Abs. 3 tritt im Konfliktfall die Landesschiedsstelle nach § 114 (§ 115a Abs. 2 Satz 5). Der Ermächtigung der Länder gemäß § 115 Abs. 4 Satz 1, in einer Rechtsverordnung der Landesregierung abweichende Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung festzulegen, wird für die Zukunft die Grundlage entzogen.

Zu Nummer 65 (§ 115a Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Mit dem Ziel, das Zustandekommen von Vereinbarungen über differenzierte Fristen für die vor- und nachstationäre Versorgung im Krankenhaus zu erleichtern und damit die Voraussetzungen für eine sachgerechte Vernetzung der Versorgung durch die flexible Einbeziehung des Krankenhauses in die Versorgungskette zu verbessern, wird die Befugnis zum Abschluß entsprechender Vereinbarungen von der Ebene dreiseitiger Verträge auf die Ebene zweiseitiger Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger verlagert. Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Land ist das Benehmen herzustellen; sie sind jedoch künftig nicht mehr Partei der Vereinbarung. Kommt es nicht zu einer Einigung, entscheidet die Landesschiedsstelle. Die Vereinbarungen können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Entsprechendes gilt für die von der Schiedsstelle getroffenen Regelungen; diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Satz 4 ersetzt werden.

Von einer gesetzlichen Festlegung spezifischer Fristen für bestimmte Maßnahmen oder Krankheitsbilder (z. B. Eigenblutentnahme, Epilepsiechirurgie) – nach dem Vorbild der Regelungen für Organübertragungen – wird mit Blick auf die Notwendigkeit einer stetigen Anpassung der Fallgruppen an den Stand der medizinischen Entwicklung und den zur zielgenauen Beschreibung geeigneter Fallgruppen voraussehbar notwendigen hohen Differenzierungsgrad Abstand genommen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung.

Zu Nummer 66 (§ 115b Abs. 1)**Zu Buchstaben a und b**

Die Regelung über das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V) wird dergestalt geändert, daß Eingriffe, die in der Regel ambulant möglich sind, nur mit Zustimmung der Krankenkasse – die zur Prüfung ggf. den Medizinischen Dienst heranziehen kann (§ 275 Abs. 1) – stationär durchgeführt werden. Fehlt es an der Zustimmung und erklärt sich die Krankenkasse auch nicht nachträglich zur Kostenübernahme bereit, weil sie zu der Überzeugung gelangt, daß die stationäre Durchführung des Eingriffs gerechtfertigt war, entfällt der Vergütungsanspruch. Zugleich wird die bislang nur für ambulant durchführbare Operationen geltende Regelung auf Eingriffe ausgedehnt, die überwiegend im Rahmen einer voll- bzw. teilstationären Behandlung durchgeführt werden, grundsätzlich jedoch auch ambulant durchgeführt werden können und sich für eine Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung eignen (stationärsersetzende Eingriffe).

Aus Gründen der Zielgenauigkeit und um den bürokratischen Aufwand einzugrenzen, sollte das Zustimmungserfordernis nur in den Fällen greifen, in denen – unter Berücksichtigung des Zustands des Patienten – eine ambulante Operation in der Regel durchgeführt werden kann. Es bedarf daher einer Überarbeitung des bestehenden Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und der Bildung einer Untergruppe von Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen, die nur mit Zustimmung der Krankenkasse stationär durchgeführt werden dürfen.

Dies wird nur bei planbaren Operationen in Betracht kommen und – auch bei leichten Eingriffen – grundsätzlich nur dann, wenn der Gesundheitszustand des Patienten dies zuläßt. Die Partner des dreiseitigen Vertrages bestimmen in der Vereinbarung die Voraussetzungen, unter denen eine Zustimmung entbehrlich ist. Zur Bestimmung derjenigen ambulant durchführbaren Operationen und Eingriffe, die – zu Lasten der GKV – nur mit Zustimmung stationär durchgeführt werden dürfen, könnte etwa an bestehende Risikoklassifikationen, die den Zustand des Patienten beschreiben, angeknüpft werden. Ein Beispiel bilden die ASA – Risikogruppen (American Society of Anaesthesiologists), nach der Patienten entsprechend ihrem Risikoprofil fünf Gruppen zugeordnet werden (von I normaler, gesunder Patient bis V moribunder Patient, Tod mit oder ohne Operation innerhalb 24 Std. zu erwarten). Patienten der ASA – Klassen I und II, d. h. ohne relevante Allgemeinerkrankung, können in der Regel ambulant operiert werden. Weist ein Patient der ASA-Klasse I im Einzelfall Besonderheiten auf, die eine stationäre Durchführung des Eingriffs notwendig machen – etwa anästhesierelevante Störungen wie z. B. abnorme Verhältnisse im Bereich von Kopf oder Hals –, ist dies im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zu prüfen; die Krankenkasse genehmigt ggf. die stationäre Durchführung der Operation.

Absatz 1 Satz 2 der alten Fassung wird Absatz 1 Satz 4; die Änderung der Verweisung ist eine notwendige Folgeänderung zur Streichung des § 135 Abs. 3. Absatz 1 Satz 5 stellt sicher, daß Abschläge von der Vergütung vorgenommen werden können, falls Krankenhäuser oder

Vertragsärzte ihren Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht nachkommen. Hierzu haben die Vertragspartner die Voraussetzungen sowie die Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze für Vergütungsabschläge zu vereinbaren.

Zu Buchstabe c

Die Ermächtigung, im Wege einer zustimmungsbedürftigen Rechtsverordnung den Inhalt einer Vereinbarung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus nach Absatz 1 zu bestimmen, entfällt. Im Konfliktfall entscheidet künftig das erweiterte Bundesschiedsamt (§ 116a Abs. 3) auf Antrag einer Vertragspartei; eine Entscheidung des erweiterten Schiedsamtes kann sowohl zu einem Tatbestand herbeigeführt werden, zu dem es bislang noch keine Vereinbarung gibt, etwa dem Katalog stationärsersetzender Eingriffe als auch zu Streitfragen, die im Zusammenhang mit eventuellen Änderungen der bestehenden Vereinbarungen auftreten.

Für die Kündigung bzw. Teilkündigung der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren durch eine der Vertragsparteien und die Kündigung einer durch das erweiterte Schiedsamt getroffenen Regelung gilt eine Frist von einem Jahr. Eine Festsetzung der Schiedsstelle kann auch ohne Kündigung jederzeit durch eine vertragliche Regelung ersetzt werden.

Zu Nummer 67 (§ 116a)

Die Vorschrift dient der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Die Krankenhäuser werden gesetzlich zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung ermächtigt. Die Ermächtigung erfolgt für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen. Das Vorliegen eines Bedarfes für die Ermächtigung der Krankenhäuser wird gesetzlich vermutet. Nur wenn die Kassenärztliche Vereinigung der gesetzlichen Bedarfsvermutung widerspricht, entscheidet der Zulassungsausschuß über das tatsächliche Vorliegen eines Bedarfes.

Nach Absatz 1 Satz 2 wird ein dreiseitiger Vertrag auf Bundesebene geschlossen, in welchem ein Katalog ambulant zu erbringender hochspezialisierter Leistungen vereinbart wird. Hochspezialisierte Leistungen sind nicht nur medizintechnische Leistungen, sondern auch Leistungen, die besondere Kenntnisse und Qualifikationen der behandelnden Ärzte verlangen sowie solche Leistungen, die der medizinischen Betreuung von Menschen mit schweren Krankheitsbildern mit komplizierten Verläufen (z. B. Krebserkrankungen, Aids, schwere psychische Erkrankungen) oder der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung dienen. Das Krankenhaus kann von seiner Ermächtigung erst Gebrauch machen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der Ermächtigung nicht innerhalb von vier Wochen nach Anzeige durch das Krankenhaus widersprochen hat.

Eine Tätigkeit der Krankenhäuser ist nur auf Überweisung eines Vertragsarztes möglich. Damit sollen nicht erforderliche und unkontrollierte Inanspruchnahmen des Krankenhauses verhindert werden. Es liegt in der Hand des Vertragsarztes, über die ambulante Tätigkeit des Krankenhauses zu entscheiden.

Satz 3 dient dem Informationsinteresse der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese muß die beabsichtigte Tätigkeitsaufnahme des Krankenhauses kennen, um ihre Rechte nach Satz 4 geltend machen zu können. Außerdem erhält sie die für die Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung notwendigen Daten.

Die Regelung in Satz 4 stellt klar, wann das Krankenhaus von der Ermächtigung Gebrauch machen kann, da hier, anders als in den nach geltendem Recht vorgesehenen Ermächtigungstatbeständen, kein Ermächtigungsbescheid durch den Zulassungsausschuß ergeht.

Satz 5 erster Halbsatz regelt, daß das Krankenhaus nicht tätig werden darf, wenn die Kassenärztliche Vereinigung widersprochen hat. Das Krankenhaus kann dann beim Zulassungsausschuß beantragen, festzustellen, daß die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Die Regelung in Satz 5 zweiter Halbsatz, wonach bei Stimmgleichheit im Zulassungsausschuß der Widerspruch als abgelehnt gilt, begünstigt das Krankenhaus. Ohne diese Regelung würde bei einer Pattsituation im Zulassungsausschuß ein Antrag als abgelehnt gelten (§ 96 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Satz 5 zweiter Halbsatz bewirkt, daß bei einem Patt im Zulassungsausschuß dem Antrag des Krankenhauses stattzugeben ist mit der Folge, daß der Widerspruch der Kassenärztlichen Vereinigung als abgelehnt gilt und das Krankenhaus von seiner gesetzlichen Ermächtigung Gebrauch machen kann. Satz 6 stellt klar, daß die Anrufung des Berufungsausschusses keine aufschiebende Wirkung hat.

Satz 7 regelt, daß die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigung zu widersprechen, zeitlich nicht begrenzt ist. Sobald die Kassenärztlichen Vereinigung davon ausgeht, daß die gesetzlichen Voraussetzungen der Ermächtigung nicht mehr vorliegen, kann sie eine entsprechende Feststellung des Zulassungsausschusses beantragen.

Absatz 2 stellt klar, daß das Krankenhaus nur durch solche Ärzte tätig werden darf, die eine abgeschlossene Weiterbildung und die erforderliche spezielle Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachgewiesen haben.

Absatz 3 regelt die Konfliktlösung durch das erweiterte Bundesschiedsamt. Nach Satz 3 sind Entscheidungen mit Zweidrittelmehrheit zu treffen. Dies stellt sicher, daß eine Einigung von zwei der beteiligten Konfliktpartner nicht ausreichend ist.

Zu Nummer 68 (§ 120)

Zu Buchstabe a

Da die Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch denen der ermächtigten Krankenhausärzte vergleichbar sind, wird bei diesen Krankenhäusern eine Pauschalierungsmöglichkeit der aus der Gesamtvergütung nach § 85 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu entrichtenden Vergütung ebenfalls nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe b

Zur Sicherung einer sachgerechten Vergütung der Krankenbehandlungsleistungen der Polikliniken wird den

Trägern der Hochschulen das Recht eingeräumt, ihre Argumente in die Gesamtvergütungsverhandlungen einzubringen, mit denen sich die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 85 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch auseinanderzusetzen haben.

Zu Nummer 69 (§ 125a)

Die Vorschrift ist die Grundlage für Leistungen der ambulanten Rehabilitation nach § 40 Abs. 1

Sie gibt bestehenden stationären Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit, als Erbringer ambulanter Leistungen tätig zu werden. Damit die Leistungen auch im wünschenswerten Umfang wohnortnah erbracht werden können, können auch andere Einrichtungen beteiligt werden, die bis auf den Versorgungsvertrag dieselben Voraussetzungen erfüllen. Dadurch wird gewährleistet, daß Leistungen der ambulanten Rehabilitation in der gleichen Intensität und im gleichen ganzheitlichen Umfang erbracht werden wie im stationären Bereich.

Zu Nummer 70 (§ 129 Abs. 1)

Durch die Änderung des § 129 Abs. 1 SGB V wird die Abgabe von preiswerten Import-Arzneimittel erneut gesetzlich vorgeschrieben. Dies soll dazu beitragen, die Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes auch im Hinblick auf die Abgabe von Import-Arzneimittel zu fördern. Gleichzeitig soll damit der Preiswettbewerb insbesondere für patentgeschützte und nicht der Festbetragsregelung unterworfenen Arzneimittel intensiviert werden und ein Beitrag dazu geleistet werden, in diesem Bereich vorhandene potentielle Wirtschaftlichkeitsreserven zu realisieren.

Durch die Änderung erhält der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V, der aufgrund der früheren gleichlautenden gesetzlichen Regelung noch eine Pflicht des Apothekers zur Abgabe von Import-Arzneimittel enthält, wieder eine gesetzliche Rechtsgrundlage.

In der Tendenz ist damit zu rechnen, daß durch diese Wiedereinführung weitere Einsparpotentiale zugunsten der GKV erschlossen werden. Der derzeitige Umsatzanteil der Import-Arzneimittel beträgt ca. 2 Prozent des Gesamtmarktes.

Zu Nummer 71 (§ 132b)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Leistungserbringung der neuen Leistung Soziotherapie. Die Krankenkassen oder die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene schließen Verträge mit geeigneten Leistungserbringern. Dabei sind die Vorgaben der Richtlinien Bundesausschusses nach § 37a SGB V zu berücksichtigen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind. Die Krankenkassen haben bei Vertragsschluß das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, d. h. regelmäßig ist mit dem preisgünstigsten Leistungserbringer zu kontrahieren.

Zu Absatz 2

Das Verfahren gewährleistet bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer der Psychotherapie.

Zu Nummer 72 (§ 133)

Die Regelung stellt im Zusammenhang mit der Einführung des Globalbudgets sicher, daß die gesetzlichen Vorgaben des § 71 auch für Entscheidungen gelten, die bei fehlender Einigung in Verhandlungen über den Abschluß von Vergütungsverträgen im Bereich des Rettungsdienstes und Krankentransports getroffen werden.

Zu Nummer 73 und 74

Mit der Aufnahme des Begriffs „Weiterentwicklung“ wird deutlich gemacht, daß allein die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung nicht ausreichend ist. Für eine qualitativ angemessene Versorgung ist das Bemühen um die stetige Weiterentwicklung und Verbesserung unabdingbar. Dieser Zielsetzung wird mit der Änderung der Überschrift Rechnung getragen.

Zu § 135**Zu Buchstabe a und c**

Die Vorgaben für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung werden künftig in eigenständigen Vorschriften geregelt. Der Regelungsbereich von § 135 beschränkt sich daher insbesondere auf Regelungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies macht eine Anpassung der Überschrift erforderlich sowie eine Streichung der Absätze 3 bis 6, die in § 136a und b übernommen werden.

Zu Buchstabe b

Die Gründung eines Ausschusses Krankenhaus (§ 137c) mit einer Aufgabenstellung, die der des Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 vergleichbar ist, macht die Koordinierung der Tätigkeiten dieser beiden Ausschüsse erforderlich.

Zu Nummer 75 (§ 135a)

Nach der bisherigen Regelung des § 135a waren die Vertragspartner verpflichtet, Richtlinien über Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und der ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 1 abzuschließen. Die Neuregelung des § 137d sieht vor, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Spitzenorganisationen der ambulanten Leistungserbringer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Bereich Vorsorge und Rehabilitation Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren. Die Regelung des § 135a ist damit entbehrlich.

Zu Nummer 76 (§ 136)

Die Vorschrift dient dem Zweck, alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen für die Qualität und die Sicherung der Qualität ihrer Leistungen in die Verantwortung zu nehmen (Absatz 1) und für maßgebliche Bereiche des Gesundheitswesens die erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gesetzlich vorzugeben (Absatz 2).

Zu Absatz 1

Mit der Vorschrift wird allen Leistungserbringern die Verantwortung für die Sicherung und Fortentwicklung der Qualität ihrer Leistungen übertragen und vorgeschrieben, daß ihre Leistungen auf dem jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand beruhen sowie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen. Damit wird klargestellt, daß jeder Leistungserbringer auch dann zur Qualitätssicherung verpflichtet ist, wenn hierüber keine näheren Vereinbarungen bestehen. Ferner wird klargestellt, daß die Sicherung der Qualität einer Entwicklung unterworfen ist und die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen stetig zu verbessern haben.

Zu Absatz 2

Durch diese Vorschrift werden die Verpflichtungen zur Qualitätssicherung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie für Erbringer von ambulanten und stationären Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen umschrieben. Die jeweiligen Vertragspartner erhalten die Aufgabe, diese Maßnahmen durch Vereinbarungen zu konkretisieren.

Mit der Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden die Leistungserbringer erstmals gesetzlich verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität zu verbessern. Unter Qualitätsmanagement wird eine Managementmethode verstanden, die auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt die Qualität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die Bedürfnisse der Patienten, Mitarbeiter, Angehörigen oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit sowie die stetige interne, systematische Bewertung des erreichten Standes der Qualitätssicherungsanstrengungen. Hierzu und im Interesse eines kontinuierlichen und zielgerichteten Verbesserungsprozesses ist die interne Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen ein wesentliches Instrument. Darüber hinaus soll die Anwendung von anerkannten Leitlinien gefördert werden.

Durch die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen wird die Möglichkeit geschaffen, die Qualität der Arbeit auch im Vergleich zu anderen Leistungserbringern zu beurteilen und so mögliche Qualitätsdefizite zu erkennen und abzustellen. Mit einrichtungsübergreifenden Maßnahmen sind insbesondere Maßnahmen gemeint, die vergleichende Prüfungen ermöglichen und zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

Zu Absatz 3

Durch die Verpflichtung, bei der Leistungserbringung Leitlinien zu beachten, wird insbesondere für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung verdeutlicht, daß der Anwendung wissenschaftlich fundierter Leitlinien bei Diagnostik und Behandlung eine hohe Bedeutung zukommt. Leitlinien dienen als Handlungsanleitungen und Entscheidungshilfen bei der Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und sind daher in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Die Verpflichtung zur Beachtung der Leitlinien bezieht sich auf die Leitlinien, die im Rahmen des zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft vereinbarten Clearingverfahrens anerkannt wurden. Dabei ist die Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen erforderlich. Hierdurch soll einerseits gewährleistet werden, daß die zu beachtenden Leitlinien auf die erforderliche Anzahl beschränkt bleibt und andererseits nur solche Leitlinien verpflichtend anzuwenden sind, die insbesondere den Kriterien evidenz-basierter Medizin genügen und in der Praxis handhabbar sind. Für den vertragszahnärztlichen Bereich müssen entsprechende Verfahren geschaffen werden. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß dies zügig geschieht.

Zu Nummer 77**Zu § 136a****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift überträgt dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 die Aufgabe, für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung die Verpflichtungen nach dem neuen § 136 durch Richtlinien näher festzulegen.

In den Richtlinien werden nach Nummer 1 Anforderungen hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 136 Abs. 2 Nr. 1) und der Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 136 Abs. 2 Nr. 2) in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt. Dabei sollen sich die Vorgaben für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen. Den Praxen soll ausreichend Gelegenheit gegeben werden, das Qualitätsmanagement den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend individuell zu entwickeln. Zum Qualitätsmanagement gehört auch, die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu hinterfragen und dies angemessen zu dokumentieren. Die Vorgaben für verpflichtende Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung beinhalten externe Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich vergleichender Prüfungen. Wesentliches Ziel dieser Maßnahmen ist es, im Interesse der Patienten stets ein gutes Behandlungsergebnis zu gewährleisten.

Nach Nummer 2 legt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung

vertragsärztlicher Leistungen fest. Dies gehörte auch bisher zu den Aufgaben des Bundesausschusses. Diese Aufgabe soll erhalten bleiben. Konkretisiert wird sie dadurch, daß auch verbindliche Kriterien für die Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Leistungen verabschiedet werden sollen. Darüber hinaus wird es als erforderlich angesehen, daß der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen für den Einsatz aufwendiger Medizintechnik in der vertragsärztlichen Versorgung diagnosebezogene Leitlinien festlegt.

Im Interesse einer effektiven Qualitätssicherung ist eine standardisierte und ausführliche Dokumentation der Untersuchungsbefunde und der erbrachten Leistungen erforderlich. Nach Nummer 3 wird daher in den Richtlinien der Inhalt und Umfang der für Qualitätsprüfungen erforderlichen Unterlagen sowie der vorzuhaltenden Dokumentation bestimmt.

Im Interesse einer effizienten Arbeit soll der Bundesausschuß die Richtlinien über Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage einer vorher festgelegten, nach Prioritäten bestimmten, Reihenfolge erarbeiten. Dadurch soll erreicht werden, daß Richtlinien zügig und zielgerichtet für Patientengruppen verabschiedet werden, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltig positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Für die Entscheidung über die Auswahl der Verfahren und Maßnahmen sowie über die Zielgruppen hat der Bundesausschuß unabhängigen Sachverständigen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse einzubeziehen.

Um insbesondere dem Anliegen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung Rechnung zu tragen, ist vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zu Absatz 2

Durch Absatz 2 wird die bisher geltende Regelung über Qualitätsprüfungen im Einzelfall durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der vertragsärztlichen Versorgung übernommen. Im Interesse der Transparenz sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen über das Ergebnis der durchgeführten Stichprobenprüfungen jährlich in anonymisierter Form unterrichtet werden.

Zu § 136b**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift überträgt dem Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 92 die Aufgabe, für die Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung die Verpflichtungen nach dem neuen § 136 durch Richtlinien näher festzulegen.

In den Richtlinien werden nach Nummer 1 Anforderungen hinsichtlich des praxisinternen Qualitätsmanagements (§ 136 Abs. 2 Nr. 1) und der Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 136 Abs. 2 Nr. 2) in

der vertragszahnärztlichen Versorgung festgelegt. Dabei sollen sich die Vorgaben für das praxisinterne Qualitätsmanagement auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken. Den Praxen soll ausreichend Gelegenheit gegeben werden, das Qualitätsmanagement den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend individuell zu entwickeln. Zum Qualitätsmanagement gehört auch, die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und dies angemessen zu dokumentieren. Die Vorgaben für verpflichtende Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung beinhalten externe Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich vergleichender Prüfungen. Wesentliches Ziel dieser Maßnahmen ist es, im Interesse der Patienten stets ein gutes Behandlungsergebnis zu gewährleisten.

Nach Nummer 2 legt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung vertragszahnärztlicher Leistungen fest. Er hat dabei auch verbindliche Kriterien für die Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Leistungen zu verabschieden.

Im Interesse einer effektiven Qualitätssicherung ist eine standardisierte und ausführliche Dokumentation der Untersuchungsbefunde und der erbrachten Leistungen erforderlich. Nach Nummer 3 wird daher in den Richtlinien der Inhalt und Umfang der für Qualitätsprüfungen erforderlichen Unterlagen sowie der vorzuhaltenden Dokumentation, auch in der Krankendatei, bestimmt.

Um insbesondere dem Anliegen einer übergreifenden Qualitätssicherung Rechnung zu tragen, ist vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift überträgt zukünftig dem Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen die Aufgabe, auch Qualitätskriterien für Füllungen und Zahnersatz zu vereinbaren. Desweiteren übernimmt sie im wesentlichen den Regelungsinhalt von § 135 Abs. 4 alt, ergänzt ihn jedoch an einigen Stellen. So wird in Satz 4 die Gewährleistungsfrist bei Zahnersatz auch auf Wiederherstellungen von Zahnersatz erstreckt.

Um grundlegende, primäre Behandlungsfehler, d. h. Fehler, die bereits bei der Eingliederung von Zahnersatz gemacht wurden, auch später noch aufklären zu können, wird in Satz 6 geregelt, daß jederzeit Mängelgutachten vorgenommen werden können, wenn ein Verdacht auf grundlegende Behandlungsfehler besteht. Durch diese Regelung kann die Krankenkasse vor unnötigen Kosten durch zu frühe Erneuerung prothetischer Arbeiten geschützt werden.

Satz 7 erweitert die Möglichkeiten der Vertragspartner, zusätzlich zum einheitlichen Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (Bema), ergebnisorientierte Vergütungszuschläge vorzusehen. So können sich die Vertragspartner z. B. auf der KZV-Ebene über bestimmte anzustrebende zahnmedizinische Gesundheitsziele einigen (z. B. Erhöhung des Sanierungsgrades im Milchgebiß, Verringerung des konservierenden, chirurgischen

bzw. prothetischen Behandlungsbedarfs). Bei Erreichung dieser Gesundheitsziele können die Krankenkassen individuelle Vergütungszuschläge gewähren.

Zu Absatz 3

Um eine flächendeckende Qualitätssicherung in allen Bundesländern zu gewährleisten, werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu einer umfassenden und systematischen Durchführung der Qualitätssicherung verpflichtet. Ziel ist die gutachterliche (fachliche) Beurteilung von Diagnostik und Vorbehandlung zur Sicherung der Qualität zahnärztlicher Behandlungstätigkeit.

Mit Hilfe von verhältnismäßig einfachen Parametern können die Qualität zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen überprüft und qualitative Behandlungsdefizite aufgedeckt werden. Insbesondere folgende Kriterien sind für die Qualitätssicherung bedeutsam:

- Qualitätsgesicherte Diagnostik durch gezielte Befunderhebung
- Strukturerhaltende Therapieleistungen
- Interdependenz zwischen Befund und Langzeiterfolg.

Basis dieser Maßnahmen sollten die vorhandenen Befund- und Planungsunterlagen und das vereinbarte Gutachterverfahren bzw. die Gutachterstätigkeit der Medizinischen Dienste sein. Unverhältnismäßiger administrativer Aufwand wird so vermieden und die Durchführung der Qualitätssicherung geschieht unter aktiver Einbeziehung des Behandlers. Dadurch wird Qualitätssicherung innerärztlich und unter Praxisbedingungen durchgeführt. Das sensible Beziehungsgeflecht zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse wird nicht gestört (vgl. W. Walther, M. Heners (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde, Heidelberg 1995).

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Ergebnisse ihrer Qualitätssicherungsmaßnahmen jährlich zu veröffentlichen, um gegenüber der Öffentlichkeit Rechenschaft abzulegen, wie sich das Qualitätsniveau zahnärztlicher Leistungen verändert hat. Sofern Kassenzahnärztliche Vereinigungen ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen besonders effektiv durchführen und sich dadurch Einsparungen nachweisen lassen, sind die Krankenkassen verpflichtet, einen Teil dieser Einsparungen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zurückzugeben. Hierfür können auch Rückflüsse aus der Degressionsregelung verwandt werden. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat diese Mittel z. B. zur Förderung von Qualitätszirkeln oder für besonders präventions- und qualitätsorientiert arbeitende Zahnärzte einzusetzen.

Zu Absatz 4

Durch Absatz 4 wird die bisher geltende Regelung über Qualitätsprüfungen im Einzelfall (§ 136 alt) durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung übernommen. Im Interesse der Transparenz sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen über das Ergebnis der durchgeführten Stichprobenprüfungen jährlich in anonymisierter Form unterrichtet werden.

Zu Nummer 78 (§ 137)

Verpflichtende Vereinbarungen über Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung obliegen bislang nach § 112 allein den Vertragspartnern auf Landesebene. Derartige Vereinbarungen sind bisher nicht bundesweit zustande gekommen. Die Vorschrift überträgt daher die Vereinbarung entsprechender Regelungen den Vertragspartnern auf Bundesebene. Auf Landesebene können ergänzende Regelungen getroffen werden.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift überträgt den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam die Aufgabe, unter Berücksichtigung einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren. Im Hinblick auf die Mitverantwortung der Ärzteschaft für die Qualitätssicherung ist das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen. Das gleiche gilt für die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit die Maßnahmen deren Belange berühren. Um insbesondere die sektorübergreifende Qualitätssicherung zu gewährleisten, ist der Kasenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

In den Vereinbarungen werden nach Nummer 1 die Anforderungen für die zugelassenen Krankenhäuser hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 136 Abs. 2 Nr. 1) sowie der Maßnahmen und Verfahren der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung einschließlich vergleichender Prüfungen (§ 136 Abs. 2 Nr. 2) geregelt. Dabei sollen sich die Vorgaben für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken, weil die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen des einzelnen Hauses bestimmt sind. Gerade im Krankenhaus ist in den letzten Jahren das Bewußtsein für die Notwendigkeit und die Vorteile des Qualitätsmanagements gewachsen. Die Vereinbarungen sollen den erforderlichen Gestaltungsspielraum geben, diese Initiativen auszuweiten und dort, wo es notwendig ist, anzustoßen. Durch die Vereinbarungen über verpflichtende Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen insbesondere externe Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich vergleichender Prüfungen geregelt werden. Ebenso wie im ambulanten Bereich ist wesentliches Ziel dieser Maßnahmen, im Interesse der Patienten stets ein gutes Behandlungsergebnis zu gewährleisten.

Nach Nummer 2 haben die Vertragspartner die Anforderungen festzulegen, an denen die Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu bemessen ist. Die Vorschrift knüpft damit an die bereits bisher bestehenden Anforderungen für Qualitätssicherungsmaßnahmen in zugelassenen Krankenhäusern an. Darüber hinaus wird es – ähnlich wie in der vertragsärztlichen Versorgung – als erforderlich an-

gesehen, den Einsatz aufwendiger medizinischer Technik im Krankenhaus an bundesweit einheitliche Qualitätskriterien zu binden.

Nummer 3 knüpft an das bereits bislang bestehende Erfordernis zur Einholung von Zweitmeinungen bei chirurgischen Eingriffen an und erstreckt es auf andere Eingriffe.

Durch die Vorschrift nach Nummer 4 wird den Vertragspartnern die Möglichkeit gegeben, Anforderungen für Abschläge von der Vergütung für den Fall vorzusehen, daß zugelassene Krankenhäuser ihren Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht nachkommen. Diese Regelung wird durch eine entsprechende Vorschrift in der Bundespflegesatzverordnung vergütungsrechtlich abgesichert.

Im Interesse effizienter und ergebnisorientierter Vereinbarungen sollen die Vertragspartner für die Vereinbarungen der Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung Prioritäten setzen und Patientengruppen auswählen, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität der Gesundheitszustand nachhaltig positiv beeinflusst wird. Für die Entscheidung über die Auswahl der Verfahren und Maßnahmen sowie über die Zielgruppen haben die Vertragspartner unabhängigen Sachverstand und die wissenschaftlichen Erkenntnisse einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Satz 1 stellt die unmittelbare Verbindlichkeit der Qualitätsvereinbarungen auf Bundesebene nach Absatz 1 für zugelassene Krankenhäuser sicher. Nach Satz 2 sind die auf Bundesebene getroffenen Vereinbarungen vorrangig gegenüber Verträgen nach § 112 Abs. 1. Dabei wird davon ausgegangen, daß beim Abschluß der bundesweit verbindlichen Qualitätsvereinbarungen bestehende Verträge und vorhandene Strukturen in den Ländern berücksichtigt werden. Für auf Landesebene geschlossene Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 bleibt nur in soweit Raum, als sie ergänzend Regelungen hierüber beinhalten. Hierdurch soll erreicht werden, daß bundesweit gültige und einheitliche Regelungen über die Qualitätssicherung zügig abgeschlossen werden. Durch die Übergangsregelung in Satz 5 wird sichergestellt, daß in der Zeit bis zum Abschluß von Vereinbarungen auf Bundesebene die auf Landesebene abgeschlossenen Vereinbarungen fortgelten. Sätze 3 und 4 knüpfen an die bislang bestehende Rechtslage an und sichern auch weiterhin die Beteiligung der Ärztekammern und Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe an den Verträgen nach § 112, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt das Verfahren über das Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1.

Zu Nummer 79 (§ 137a)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Neufassung des § 137 und der Einfügung des neuen § 137d.

Zu Nummer 80 (§ 137b)

Die Regelung konkretisiert und erweitert die Aufgaben der bereits auf Grundlage der bisherigen Regelung gebildeten Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. Dadurch wird klargestellt, daß die Arbeitsgemeinschaft Vorschläge insbesondere für eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen erarbeiten soll, die bei der Erarbeitung der vertraglichen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung der jeweiligen Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene einfließen können. Zur Berücksichtigung der sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Gesichtspunkte und einer für die gesundheitliche Versorgung maßgeblichen Berufsgruppe wird die Arbeitsgemeinschaft um die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe erweitert. Soweit die jeweiligen Belange betroffen sind, kann die Arbeitsgemeinschaft Vertreter weiterer Organisationen, beispielsweise der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen hinzuziehen. Darüber hinaus können Vertreter der Patienten, etwa Selbsthilfeorganisationen, hinzugezogen werden.

Zu Nummer 81**Zu § 137c**

Mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern und zu vermeiden, daß medizinisch fragwürdige Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbracht werden, wird in Anlehnung an die in der ambulanten Versorgung etablierten Verfahren ein Gremium geschaffen, das Art und Qualität der im Rahmen von Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den Maßstäben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin überprüft, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Das Gremium wird auf Antrag tätig. Antragsberechtigt sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die insbesondere bei der Identifizierung und Auswahl neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die einer Prüfung durch den Ausschuß zugeführt werden, Unterstützung vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhalten (§ 275a Abs. 4), und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder ein Bundesverband der Krankenhausträger. Der Ausschuß kann sowohl mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als auch mit bereits etablierten Verfahren befaßt werden. Der Gesetzgeber geht davon aus, auch ohne daß dies ausdrücklich im Text der Vorschrift niedergelegt ist, daß die Beteiligten nach Satz 1 bei der Benennung der Ausschußmitglieder sicherstellen, daß der für die Aufgabenwahrnehmung erforderliche medizinische Sachverstand im Ausschuß ausreichend vertreten ist. Der Ausschuß hat bei seinen Entscheidungen dafür Sorge zu tragen, daß der medizinische Fortschritt in den Krankenhäusern nicht behindert wird. Insbesondere bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen klinischer Studien oder multizentrischer Studien unter Verantwortung von Hochschulkliniken angewandt werden, bleibt es dabei, daß die Krankenkassen die notwendige stationäre Versorgung der in die Studien einbezogenen

Patienten mit den Krankenhausentgelten vergüten. Das gilt auch, wenn der Ausschuß Krankenhaus aufgrund der zum Zeitpunkt seiner Entscheidung vorliegenden Erkenntnisse zu dem Ergebnis gelangt ist, daß die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die im Rahmen einer klinischen Studie überprüft werden soll, den Kriterien nach Absatz 1 Satz 1 nicht entspricht. Das Votum des Ausschusses Krankenhaus entfaltet keine Sperrwirkung, die eine kontrollierte Weiterentwicklung der Medizin behindert.

Mit den für die Erstellung der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der Überprüfung von zu Lasten der Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen zuständigen Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen ist eine enge Abstimmung sicherzustellen. Hierzu sind Arbeitspläne und Bewertungsergebnisse der beteiligten Gremien so rechtzeitig abzustimmen, daß die notwendige sektorübergreifende Betrachtung erfolgen kann.

Zu § 137d**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift überträgt den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Aufgabe, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 abgeschlossen worden ist, zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Parallelvorschrift zu Absatz 1 für den Bereich der ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Leistungserbringer im ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsbereich zum Abschluß von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung verpflichtet. Die Vereinbarungen sollen nur Leistungserbringer binden, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen nach den §§ 23 Abs. 2 oder 40 Abs. 1 erbringen.

Zu Absatz 3

Die Regelung spezifiziert die Mindestinhalte der Qualitätssicherungsvereinbarungen. Im Interesse einer möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation sind die Regelungsgegenstände für beide Versorgungsbereiche gleich. Das schließt selbstverständlich nicht aus, daß die Regelungsinhalte der Vereinbarungen die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungsbereiches berücksichtigen.

Nach Nummer 1 sollen in den Vereinbarungen die grundlegenden Anforderungen hinsichtlich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 136 Abs. 2 Nr. 1)

festgelegt werden sowie die erforderlichen Maßnahmen und Verfahren der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (§ 136 Abs. 2 Nr. 2).

Vor dem Hintergrund, daß bundesweit einheitlich die Anforderungen an die Qualität der Einrichtungen und ihrer Leistungen vereinbart werden, sollen nach Nummer 2 auch die Anforderungen an die Qualitätsprüfungen einschließlich des Inhalts und Umfangs der vorzulegenden Untersuchungs- und Behandlungsbefunde auf Bundesebene vereinbart werden.

Im Interesse effizienter und ergebnisorientierter Vereinbarungen sollen die Vertragspartner für die Vereinbarungen der Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung Prioritäten setzen und Patientengruppen auswählen, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität der Gesundheitszustand nachhaltig positiv beeinflusst wird. Für die Entscheidung über die Auswahl der Verfahren und Maßnahmen sowie über die Zielgruppen haben die Vertragspartner unabhängigen Sachverstand und die wissenschaftlichen Erkenntnisse einzubeziehen. Die Regelung entspricht weitgehend den Vorgaben für die vertragsärztliche und stationäre Versorgung.

Vor dem Hintergrund, daß in der ambulanten und der stationären Versorgung vielfach gleichartige Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, soll Satz 3 sicherstellen, daß auch die Qualitätsanforderungen an die Leistungen in beiden Bereichen einheitlichen Grundsätzen genügen. Darüber hinaus stellt Satz 3 sicher, daß die Vereinbarungspartner auch beim Abschluß der Qualitätsvereinbarungen im Bereich Vorsorge und Rehabilitation die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung beachten. Das könnte beispielsweise bedeuten, daß die Vereinbarungen Vorgaben für den Übergang zwischen stationärer Versorgung und rehabilitativer Versorgung beinhalten. Dem Erfordernis einer sektorübergreifenden Versorgung, die auch ärztlichen Sachverstand einbezieht, soll durch die Möglichkeiten zur Stellungnahme für die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Rechnung getragen werden.

Zu Absatz 4

Satz 1 stellt sicher, daß die Qualitätsvereinbarungen auf Bundesebene beim Abschluß der Versorgungsverträge nach § 111 für den Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation und nach § 125a für den Bereich der ambulanten Rehabilitation berücksichtigt werden. Das gleiche gilt für die Verträge nach § 125 Abs. 2. Satz 2 knüpft an geltendes Recht an.

Zu Nummer 82 (§§ 140a bis 140g)

Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlungen zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und statio-

nären Bereich. Dabei muß insbesondere darauf geachtet werden, daß medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten. Mit dem neu eingefügten Abschnitt wird damit die rechtliche Grundlage für die Einführung der integrierten Versorgung geschaffen.

Zu § 140a

Zu Absatz 1

Die integrierte Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Ziel ist es dabei, eine interdisziplinäre Versorgung zu erreichen, die zumindestens die hausärztliche Versorgung einschließt. Im Gegensatz zu den nach dem bisherigen Recht möglichen Praxisnetzen aufgrund von Strukturverträgen soll also eine Versorgungsdichte erreicht werden, die über die bloße ambulante ärztliche Behandlung hinausgehen soll aber nicht notwendigerweise gehen muß. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, sind möglich. Grundlage von Integrationsversorgungsverträgen werden Rahmenempfehlungen und Rahmenvereinbarungen, die die Spitzenverbände auf Bundesebene abschließen.

Zu Absatz 2

Das Prinzip der freien Arztwahl bleibt uneingeschränkt erhalten. Daher kann die Teilnahme eines Versicherten an der integrierten Versorgung nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Die Satzung der Krankenkasse hat das Nähere über die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten zu regeln. Grundlage der Satzungsregelungen werden auch hier die Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene sein. Die Satzung ist als verbindliche Rechtsgrundlage für die Versicherten von hoher Bedeutung. Soweit in der Integrationsversorgung die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorgesehen und zugelassen ist, ist hierzu, unabhängig von Regelungen in der Satzung, die schriftliche Einwilligung der betroffenen Versicherten notwendig. Aus Gründen des Datenschutzes ist eine derartige Voraussetzung unverzichtbar.

Zu Absatz 3

Integrierte Versorgungsformen müssen für die Versicherten transparent sein. Daher erhalten sie umfassende Informationsrechte gegenüber Krankenkassen und Leistungserbringern.

Zu § 140b

§ 140b regelt Näheres zum Zustandekommen einer Integrationsversorgungsvereinbarung.

Zu Absatz 1

Integrationsversorgungsverträge sollen von Krankenkassen oder deren bevollmächtigten Verbände abgeschlossen werden. Wünschenswert wären gemeinsam und einheitlich ausgehandelte Verträge. Allerdings soll es auch einzelnen Krankenkassen oder deren bevollmächtigten Verbänden möglich sein, derartige Verträge abzuschließen. Ansonsten hätten es Einzelkassen oder Einzelverbände in der Hand, den Abschluß von Integrationsverträgen zu blockieren.

Zu Absatz 2

Die in Betracht kommenden Vertragspartner der Krankenkassen sind in Absatz 2 benannt. Danach können einzelne zugelassene Ärzte, Zahnärzte oder andere zugelassene Leistungserbringer, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer aber auch Träger von zugelassenen Krankenhäusern oder zugelassenen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einschließlich von Gemeinschaften solcher Träger Vertragspartner sein. Ausdrücklich als mögliche Vertragspartner benannt sind auch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Absatz 3

Nicht teilnehmende Krankenkassen können auch ohne Zustimmung der anderen Vertragspartner dem Vertrag beitreten. Allerdings frühestens nach 2 Jahren, es sei denn, die Vertragspartner vereinbaren eine frühere Beitrittsmöglichkeit. Beitretende Kassen müssen sich entsprechend den Integrationsverträgen an den Kosten der Errichtung und Einrichtung der Integrationsversorgung beteiligen

Zu Absatz 4

Unbedingt notwendig ist eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten auch im Integrationssektor. Dieser Zweck muß daher in die Verträgen zu integrierten Versorgungsformen einbezogen werden. Die Versorgungsanbieter müssen die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten uneingeschränkt gewährleisten können. Denn selbstverständlich haben auch hier die Versicherten einen Anspruch darauf, daß die Versorgung dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts und einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen den Integrationsversorgungsanbietern entspricht. Ebenso sind Regelungen zum Datenaustausch und Informationsaustausch notwendig.

Zu Absatz 5

Die Verträge sollen Abweichendes von den Vorschriften des Vierten Kapitels und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes regeln können, soweit die Besonderheiten der Integrationsversorgung dieses erfordern. Ziel ist es, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Hierzu sind möglichst offene Regelungen zu finden, um aus starren, verkrusteten Strukturen hin zu effizienteren Versorgungsformen zu kommen.

Zu Absatz 6

Die integrierte Versorgung läßt den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unberührt. Um diesem Ziel Rechnung zu tragen, bedürfen Integrationsverträge der Zustimmung der jeweilig zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung; soweit zahnärztliche Leistungen erfasst sind, auch der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Dies aber nur insoweit als Vertragsärzte Vertragspartner der Integrationsversorgung sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Zustimmung innerhalb von einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage der Verträge verweigern. Jedoch nur dann, wenn der Integrationsversorgungsvertrag den Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene widerspricht. Sie können das Zustandekommen derartiger Verträge nicht einseitig verhindern. Erteilen sie die Zustimmung nicht, so entscheidet auf Antrag der Krankenkassen das Landesschiedsamt innerhalb einer Frist von 3 Monaten.

Zu § 140c

§ 140c regelt Vergütungsfragen in der integrierten Versorgung

Zu Absatz 1

Mit der Integrationsvergütung sind alle Leistungen zu vergüten, die innerhalb oder außerhalb der integrierten Versorgung von Versicherten, die sich für eine Teilnahme an der integrierten Versorgung entschieden haben, in Anspruch genommen werden

Zu Absatz 2

Die Vertragspartner können kombinierte Budgets vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Struktur sind dann zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Die Vorgaben zum Globalbudget sind zu beachten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Datenübermittlung in der integrierten Versorgung.

Zu § 140d

§ 140d enthält Regelungen zu Rahmenvereinbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene.

Zu Absatz 1

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Rahmenvereinbarungen über den Inhalt und die Durchführung der integrierten Versorgung. Damit ist auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung angesprochen. Die Rahmenvereinbarungen werden Bestandteil der Bundesmantelverträge und sind somit sowohl für die Krankenkassen als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich.

Zu regeln sind Organisationsfragen und Vorgaben über die Voraussetzung zur Teilnahme der Leistungserbringer einschließlich der Festlegung von Mindest- und Höchstzahlen der teilnehmenden Ärzte. In den Rahmenvereinbarungen sind auch die Grundsätze über die Voraussetzungen zur Teilnahme von Versicherten und zur Beendigung der Teilnahme zu normieren. Von großer Bedeutung sind zudem Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung. Die Rahmenvereinbarungen müssen Vorgaben enthalten, nach denen sich die Vergütungen in der Integrationsversorgung entsprechend der Ausgestaltung des Globalbudgets und entsprechend der Vorgabe „Geld folgt der Leistung“ bewegen.

Erforderlich sind zudem Regelungen zur Qualitätssicherung, zum Datenaustausch und zur Dokumentation.

Zu Absatz 2

Notwendig ist eine zügige Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe, Rahmenvereinbarungen abzuschließen. Den Vertragspartnern auf Bundesebene wird daher eine Frist bis zum 30. Juni 2000 gesetzt, innerhalb derer die Regelungen zustande kommen müssen. Geschieht dies nicht rechtzeitig, so setzt das Bundesschiedsamt mit Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

Zu § 140e

Die Spitzenverbände von Krankenkassen und Leistungserbringern sollen Empfehlungen für die Ausgestaltung der Integrationsversorgung vereinbaren können. Diese haben zwar keinen verbindlichen Charakter, da mit Ausnahme der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte die Leistungserbringer in aller Regel nicht derart organisiert sind, daß Vereinbarungen von Spitzenorganisationen für alle Leistungserbringer auf örtlicher Ebene verbindlich sein können, jedoch kann durch Empfehlungen die Art und Ausgestaltung der Integrationsversorgung positiv beeinflusst werden. Insbesondere sinnvoll sind derartige Empfehlungsvereinbarungen z. B. mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Mit diesen Empfehlungen wird den Vertragspartnern der Integrationsversorgung ein Leitfaden an die Hand gegeben, an dem sich die Beteiligten orientieren können.

Zu § 140f

Folgeregelung zur Einführung der integrierten Versorgung

Vergütungsvolumina für Leistungen der Integrationsversorgung müssen zu einer Absenkung der Vergütungen in anderen Leistungsbereichen führen. Nach der Vorgabe „Geld folgt der Leistung“ sind die entsprechenden übrigen Vergütungsvolumina von den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zu bereinigen.

Zu § 140g

Die Regelung enthält ein wirksames Instrument, um Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung zu

schaffen. Mit einer Bonusregelung für Versicherte und Leistungserbringer werden diese effizienten und die Wirtschaftlichkeit erhöhenden neuen Regelversorgungen in der integrierten Versorgung gestärkt. Da die Integrationsversorgung im übrigen auch immer eine hausärztliche Tätigkeit einschließt (§ 140a Absatz 1), wird dadurch auch die Position des Hausarztes gestärkt.

Zu Nummer 83 (Überschrift 5. Kapitel)

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 84 (§ 141)

Der bisherige § 142 wird § 141 Abs. 5.

Zu Nummer 85 (§ 142)

Die Vorschrift regelt die Gestaltung und Steuerung des Globalbudgets in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel der Einführung einer über die einzelnen Versorgungsbereiche hinausgehenden, somit nicht mehr sektoralen, sondern globalen Budgetierung in der GKV sind die Sicherung der Beitragssatzstabilität sowie zugleich die flexiblere Verwendung der Mittel zwischen den einzelnen Sektoren. Ein weiteres Ziel ist die Entwicklung und Einführung eines sektorübergreifenden Vertrags- und Versorgungsmanagements auf Kassen- und Verbandsebene.

Das Globalbudget wird der einzelnen Krankenkasse als Ausgabenobergrenze gesetzlich vorgegeben, da sie die Gesamtverantwortung für den Finanzmitteleinsatz trägt. Die Verbände der Krankenkassen werden in das Budgetmanagement einbezogen. Die Entwicklung des Ausgabenvolumens der Kasse wird an die grundsätzlich bundesweite durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung gebunden.

Die Flexibilisierung des Finanzmitteleinsatzes zwischen den Versorgungsbereichen wird dadurch erreicht, daß die Vertragsparteien die Obergrenze der Veränderungsrate überschreiten können, wenn entsprechende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vertraglich abgesichert sind. Zudem können die Integrationsverträge zur Flexibilisierung beitragen. Auch die Leistungserbringer werden in die Globalbudgetsteuerung einbezogen.

Für den flexiblen Einsatz der begrenzten Mittel in den einzelnen Versorgungsbereichen werden folgende gesetzliche Vorgaben eingeführt oder fortgeschrieben:

In der vertragsärztlichen Versorgung bleibt es bei der von den Verbänden der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Gesamtvergütungen und deren Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität: Die Vergütungsverträge sind so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (§ 85 Abs. 3 Satz 2 i.V.m. § 71 und § 141 Abs. 2). Dabei sind die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 142 zugrunde zu legen.

Auch die Verträge der Kassenseite mit den übrigen Leistungserbringern bleiben an diesen Grundsatz gebunden (§ 71 i.V.m. § 141 Abs. 2).

Zur besseren Abstimmung auf die begrenzenden Vorgaben des Globalbudgets wird in der stationären Versorgung ein landesweiter Gesamtbetrag für die Krankenhausleistungen eingeführt, der von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zusammen mit dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbart wird. Dessen Entwicklung wird an die Vorgaben zur Veränderungsrate des Globalbudgets gebunden (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz).

Für die Ausgaben in der neu eröffneten Integrationsversorgung (§ 140a ff.) sind die übrigen Budgets entsprechend zu bereinigen. Auch hier haben die Krankenkassen und ihre Verbände die Globalbudget-Vorgaben zu beachten (§ 140c Abs. 3 und § 140f).

Die Finanzmittel der GKV können mit Hilfe des Globalbudgets flexibler als bisher zwischen diesen einzelnen im Hinblick auf die Finanzsteuerung zum Teil neu strukturierten Versorgungsbereichen verlagert werden. Zugleich wird durch die begrenzenden Regelungen zur Steigerung der Ausgaben sowohl in den einzelnen Sektoren als auch in dem sektorübergreifenden Globalbudget der Krankenkassen die Ausgabenentwicklung der GKV an die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen abgesichert.

Im einzelnen:

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt das Globalbudget als Obergrenze für das gesamte jährliche Ausgabenvolumen und ordnet es der einzelnen Krankenkasse zu. Sämtliche Ausgaben, d. h. insbesondere die Leistungsausgaben und die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen, sind in die Globalbudgetsteuerung eingebunden. Das Globalbudget der Krankenkasse ist kein Haushaltsvolumen, sondern ein durch dieses Gesetz bestimmtes Finanzsteuerungsinstrument zur Begrenzung der Ausgaben bei der einzelnen Kasse. Die Haushaltsverantwortung der Kasse, einschließlich der Verpflichtung zur Aufbringung der Mittel (§ 220), bleibt in vollem Umfang erhalten.

Satz 2 begrenzt die Entwicklung des Ausgabenvolumens auf die nach Absatz 8 bestimmte bundesweite Veränderungsrate in dem Vergleich der dort genannten Zeiträume. Grundsätzlich ist also die bundesweite, nicht die jeweilige Veränderungsrate für das frühere Bundesgebiet und Beitrittsgebiet heranzuziehen. Die getrennten Raten sind nach Satz 3 der Berechnung des Globalbudgets zugrunde zu legen, wenn in dem nach Absatz 8 bestimmten Zeitraum die Veränderungsrate der Einnahmen im Beitrittsgebiet die Rate im früheren Bundesgebiet übersteigt. In diesem Fall würde die Beschränkung der Ausgabenveränderungen der Kassen im Beitrittsgebiet auf die bundesweite Veränderungsrate die angestrebte Angleichung der Verhältnisse behindern. Satz 4 berücksichtigt Veränderungen des Finanzbedarfs, die durch Veränderungen der Versichertenzahl

und deren Risikostruktur entstehen. Als Grundlage für die Ermittlung sind die für den Risikostrukturausgleich erhobenen Daten und ermittelten Rechenwerte geeignet. Da diese erst nach Ablauf des Budgetjahres vorliegen, können die Spitzenverbände zur Verbesserung der Planungssicherheit z. B. ein Berechnungsverfahren vereinbaren, das auf Vorjahresdaten beruht und somit dem in Absatz 8 vorgegebenen Prinzip der Orientierung an Vergangenheitswerten für die Budgetveränderungen folgt.

Zu Absatz 2

Das in Absatz 2 bestimmte Ausgabenvolumen für das Jahr 2000 richtet sich nach dem tatsächlichen Ausgabenvolumen im Jahr 1998, erhöht um die in Satz 2, 4 und 5 genannten, grundsätzlich bundesweiten Veränderungsrate. An die Stelle der bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate tritt also jeweils die nach Rechtskreisen getrennte Veränderungsrate, wenn die nach Absatz 1 festgestellte Veränderungsrate im Beitrittsgebiet die Veränderungsrate im übrigen Bundesgebiet überschreitet.

Zu Absatz 3

Satz 1 weist die Verantwortung zur Einhaltung des Budgets den einzelnen Krankenkassen sowie den Verbänden der Krankenkassen zu. Zugleich verdeutlicht Satz 2, daß sämtliche beteiligte Organisationen ihre Verantwortung im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen haben: Insbesondere auf die Landesverbände der Krankenkassen, soweit sie nicht mit landesweiten Krankenkassen identisch sind, und die Verbände der Ersatzkassen kommt hier eine erhebliche Verantwortung zu, da sie in großem Umfang Vertragsparteien der Vergütungsverträge mit den Leistungserbringern sind. Die Verbände haben das Informations- und Vertragsmanagement zeitlich und organisatorisch zu koordinieren sowie die Vertragsgestaltungen in den einzelnen Versorgungsbereichen im Hinblick auf das Globalbudget inhaltlich aufeinander abzustimmen. In den §§ 211, 212 und 217 werden die gesetzlichen Bestimmungen zu den Verbändeaufgaben entsprechend ergänzt. Satz 3 sichert die im Gegensatz zur sektoralen Budgetierung flexible Vertragsgestaltung zwischen den einzelnen Leistungsbereichen im Rahmen des Globalbudgets. Diese Gestaltung, einschließlich der vertraglichen Absicherung der Einsparungen in den anderen Leistungsbereichen, erfordert ein sektorübergreifendes Vertragsmanagement von Einzelkasse und ggfs. Verband.

Satz 4 bindet auch die Leistungserbringer als Vertragspartner der Kassenseite in die Globalbudgetsteuerung ein. Die Schiedsämter in der ambulanten Versorgung (einschließlich der Integrationsversorgung nach § 140a ff.) und die Schiedsstellen in der stationären Versorgung sind bei ihren Entscheidungen ebenfalls an die Budgetvorgaben zur flexiblen Vertragsgestaltung nach Satz 3 gebunden (Satz 5). Satz 6 normiert die für ein erfolgreiches Budgetmanagement unverzichtbare Verpflichtung zur wechselseitigen Information und Zusammenarbeit der Verantwortlichen untereinander.

Zu Absatz 4

Die Absätze 4 bis 7 regeln Näheres zur Einhaltung des Globalbudgets. Absatz 4 setzt – mit dem Ziel der frühzeitigen Gegensteuerung – bei einer drohenden Budgetüberschreitung an. Eine drohende Budgetüberschreitung liegt vor, wenn mögliche budgetüberschreitende Auswirkungen von Entscheidungen den Verantwortlichen deutlich erkennbar sind oder sein müssen. Satz 1 verpflichtet das Budgetmanagement auf der Kassenebene zum zeitnahen Eingreifen in seinem Verantwortungsbereich. Die Art der Maßnahme richtet sich nach den feststellbaren Ursachen der drohenden Budgetüberschreitung. Satz 2 verpflichtet die Kasse zur unverzüglichen Unterrichtung des jeweiligen Landesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen. Tatsächlich eingetretene Budgetüberschreitung hat die Krankenkasse, von Ausnahmefällen abgesehen, innerhalb der nächsten zwei Folgejahre auszugleichen (Satz 3). Diese Vorgabe zielt somit auf einen vollen Ausgleich einer Budgetüberschreitung ab.

Zu Absatz 5

Die Verbände der Krankenkassen werden beratend und unterstützend in das kassenarteninterne Budgetmanagement eingebunden. Sie werden gegenüber ihren Mitgliedern im Fall einer bei diesen drohenden oder tatsächlich eingetretenen Überschreitung des Globalbudgets zur Beratung verpflichtet. Hierzu können auch Angebote zur Unterstützung beim Aufbau und der Durchführung zielgerichteter Controlling-Systeme und -Maßnahmen zählen. Finanzielle Hilfen sind hingegen nach § 265a unter den nunmehr erleichterten Bedingungen zu leisten.

Die Verbände der Kassenarten können nach Satz 2 und 3 in ihren Satzungen eine weitergehende Verbandssteuerung zur Einhaltung der Globalbudgets regeln. Satz 4 sichert die notwendige Information auch der Bundesverbände.

Zu Absatz 6

Die gesetzlichen Vorgaben der Absätze 1 bis 5, die allgemeine Bedingungen zur Globalbudgetsteuerung in der GKV setzen, sind durch Satzungsregelungen der Beteiligten zu konkretisieren. Die Verantwortlichen haben entsprechend ihrem Aufgabenbereich in ihren Satzungen nähere Vorgaben für das Budgetmanagement zu regeln. Die wesentlichen Regelungsfelder sind in Satz 1 aufgeführt. Die Satzungsregelungen der einzelnen Kassen und der Verbände sind entsprechend dem Zusammenwirken der Beteiligten aufeinander abzustimmen. In den §§ 211, 212 und 217 wird den Verbänden die Koordination und inhaltliche Abstimmung der Satzungsregelungen aufgegeben. Diese Abstimmung haben die zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Genehmigungsentscheidungen sicherzustellen. Satz 3 sorgt dafür, daß die Globalbudgetsteuerung zeitnah im Jahr 2000 einsetzt.

Zu Absatz 7

Das aufeinander abgestimmte Regelungsgeflecht der Absätze 3 bis 6 zur Verantwortung und Einhaltung des

Globalbudgets schafft die Voraussetzung zur Sicherung der Globalbudgetsteuerung durch die Kassenorganisationen, zielt also auf eine Selbststeuerung der Kassenarten ab. Zusätzlich zu der Budgetsicherung durch die Krankenkassen und ihre Verbände haben auch die Aufsichtsbehörden eine Kontrollpflicht der Globalbudgetentwicklung in ihrem jeweiligen Aufsichtsbereich. Ihrer frühzeitigen Information dient die Anzeigepflicht der Krankenkassen nach Satz 1. Diese Anzeigepflicht ersetzt zugleich die im bisherigen § 71 Abs. 2 geregelte Vorlagepflicht jedes einzelnen Vergütungsvertrags. Insofern wird die Aufsichtskontrolle sowohl konzentriert als auch entsprechend der Globalbudgetkonzeption über den Bereich der einzelnen Vergütungsverträge hinaus erweitert. Satz 2 regelt die Einwirkungsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden. Sie können, wenn erforderlich, entweder den eigenen Prüfdienst nach § 274 oder private Beratungsunternehmen auf Kosten der betroffenen Kasse beauftragen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchzuführen. Diese Prüfungen setzen die Aufsichtsbehörden bei Bedarf in den Stand, im Konfliktfall erforderliche gezielte Maßnahmen auch mit aufsichtsrechtlichen Mitteln bei der Einzelkasse durchzusetzen. Derartige Einwirkungsmöglichkeiten der Aufsicht werden wegen der normierten Eigenverantwortlichkeit jeder Kassenart eher für den Ausnahmefall geregelt. Um eine wirksame Entscheidung in der einzelnen Fallkonstellation nicht zu gefährden, wird jedoch gesetzlich kein Nachrang von Aufsichtshandeln gegenüber den Kassen- und Verbandsaktivitäten eingeführt.

Zu Absatz 8

Für die Berechnung der Obergrenze des Globalbudgets stellt das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. September die durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied (Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung einschließlich Rentner) für den Zeitraum des zweiten Halbjahres des Vorjahres und des ersten Halbjahres des laufenden Jahres im Vergleich zu den entsprechenden Vorjahreszeiträumen fest. Wegen der differenzierenden Regelung in Absatz 1 Satz 3 erfolgt die Feststellung der Veränderungsraten getrennt nach gesamtem Bundesgebiet, Beitrittsgebiet und übrigen Bundesgebiet. Diese Veränderungsraten sind maßgeblich für die Veränderungsmöglichkeiten der Ausgaben und des Globalbudgets in der Folgeperiode. Damit besteht bereits vor der Budgetperiode die notwendige Planungssicherheit für die Beteiligten. Positive und negative Abweichungen zwischen den vorgegebenen und den tatsächlichen Veränderungsraten in den jeweiligen Budgetperioden dürfen sich im Zeitablauf ausgleichen.

Zu Nummer 86 (§ 173 Abs. 2)

Satz 1 der Vorschrift stellt klar, daß eine Öffnungsentcheidung unwiderruflich ist. Dies trägt dem Umstand Rechnung, daß die Öffnung einer Krankenkasse eine grundlegende organisatorische Neuausrichtung der Krankenkasse darstellt, durch die der sachliche Bezug zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung aufgegeben

wird. Diese Bindung an den Trägerbetrieb bzw. die Trägerinnung äußert sich insbesondere in der weitgehenden Dispositionsbefugnis des Arbeitgebers bzw. der Innung über Errichtung und Auflösung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, in der Arbeitgeber- bzw. Innungshaftung für die Verpflichtungen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie in dem Erfordernis der Zustimmung zur Errichtung durch die Beschäftigten des Betriebs bzw. der Innungsbetriebe. Der durch die Öffnungsentscheidung aufgelöste Bezug zum Trägerbetrieb bzw. zur Trägerinnung kann jedoch nicht mehr rückgängig gemacht werden. Infolgedessen erscheint es sachgerecht, daß die Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht widerrufen werden kann. Durch die Möglichkeit zur Öffnung für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte können Betriebs- und Innungskrankenkassen außerdem selber über ihren organisationsrechtlichen Zuschnitt und den Umfang ihrer Teilnahme am Wettbewerb mit anderen Krankenkassen entscheiden. Vergleichbare Gestaltungsmöglichkeiten haben andere im Wettbewerb stehende Krankenkassen nicht. Diese Regelung trägt daher zu einer Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen bei.

Satz 2 der Ergänzung stellt klar, daß Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen nach einer Vereinigung geöffnet bleiben, wenn an der Vereinigung eine oder mehrere geöffnete Krankenkassen beteiligt sind. Damit wird verhindert, daß die Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse durch Vereinigung mit einer nicht geöffneten Krankenkasse rückgängig gemacht werden kann. Außerdem wird dadurch verhindert, daß der Arbeitgeber bei Schließung einer nicht mehr geöffneten vereinigten Krankenkasse die Haftung auch für Verbindlichkeiten übernehmen muß, die aus dem Versicherungsverhältnis der nicht in den Träger- oder Innungsbetrieben Beschäftigten entstanden sind.

Zu Nummer 87 (§ 175 Abs. 1)

Die Regelung stellt klar, daß die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich ist, ohne daß es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf. Sie gilt für die Minderjährigen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht, etwa als Arbeitnehmer oder als Bezieher einer Waisenrente, erfüllen. Die Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Abs. 1 SGB I. Zwar begründet die Wahl einer Krankenkasse für den Minderjährigen bestimmte Verpflichtungen, insbesondere die Pflicht zur Beitragszahlung. Diese knüpft aber an den Bezug beitragspflichtiger Einnahmen an, die die Grundlage für die Bemessung des Beitrags bilden und aus denen der Beitrag zu entrichten ist. Auch im Zivilrecht sind die von Minderjährigen geschlossenen Verträge wirksam, wenn sie mit Mitteln bewirkt werden, die dieser von seinem gesetzlichen Vertreter oder von Dritten erhalten hat. Schließlich hat die Wahl einer Krankenkasse keine dauerhafte Bindung des Minderjährigen zur Folge, da er die Möglichkeit hat, innerhalb überschaubarer Fristen die gewählte Krankenkasse wieder zu verlassen. Belange des Minderjährigenschutzes

werden daher nicht beeinträchtigt. Für die Praxis der Krankenkassen hat die Regelung erhebliche Vereinfachungen zur Folge.

Zu Nummer 88 (§ 211)

Die Vorschrift weist den Landesverbänden zusätzliche Koordinations- und Abstimmungsaufgaben bei dem Vertragsmanagement und den Satzungsregelungen der Beteiligten zur Globalbudgetsteuerung zu. Entsprechende Regelungen werden für die Verbände der Ersatzkassen und die Bundesverbände eingeführt (§§ 211 und 212).

Zu Nummer 89 (§ 212)

Die Vorschrift weist den Verbänden der Ersatzkassen unterstützende Koordinations- und Abstimmungsaufgaben bei dem Vertragsmanagement und den Satzungsregelungen der Beteiligten zur Globalbudgetsteuerung zu. Entsprechende Regelungen werden für die Landes- und Bundesverbände eingeführt (§§ 211 und 217).

Zu Nummer 90 (§ 217)

Die Vorschrift weist den Bundesverbänden zusätzliche Koordinations- und Abstimmungsaufgaben bei dem Vertragsmanagement und den Satzungsregelungen der Beteiligten zur Globalbudgetsteuerung zu. Entsprechende Regelungen werden für die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen eingeführt (§§ 211 und 212).

Zu Nummer 91 (§§ 219a bis d)

Die Durchführung von Aufgaben der Krankenversicherung im über- und zwischenstaatlichen Bereich erfolgt durch Verbindungsstellen. Deren Grundlage und Aufgaben sind im Bereich des überstaatlichen Rechts durch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und im Bereich des zwischenstaatlichen Rechts durch die zwischenstaatlichen Verträge geregelt.

Die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland waren bislang bei dem AOK-Bundesverband angesiedelt. Mit den seit dem 1. Januar 1996 geänderten Wettbewerbsbedingungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und dem damit verbundenen Wegfall der Basiskassenfunktion der Ortskrankenkassen haben alle Kassenarten die Leistungsaus- hilfe in Deutschland sicherzustellen. Aus diesem Grund werden die Aufgaben der Verbindungsstelle künftig durch eine von allen Spitzenverbänden gemeinsam getragene Organisationseinrichtung in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wahrgenommen.

Ähnlich der Organisation des Medizinischen Dienstes (§§ 278 ff.) werden aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und im Sinne einer schlanken und effektiven Verwaltungsorganisation die Organe der Verbindungsstelle auf einen Geschäftsführer und den Verwaltungsrat beschränkt. Die wesentlichen Aufgaben des Verwaltungsrates werden durch Rechtsvorschrift festgelegt. Aufgrund der fachspezifischen Ausrichtung der Verbindungsstelle ist im Verwaltungsrat die Vertretung der

Spitzenverbände durch jeweils einen ihrer Vorstandsmitglieder vorgeschrieben. Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er wird in besonderen fachlichen Fragen beraten und unterstützt durch einen Ständigen Arbeitsausschuß.

Die Verbindungsstelle wird finanziert durch Umlagen und sonstige Einnahmen.

Zu Nummer 92 (§ 229 Abs. 1)

Während Versorgungsbezüge aus dem Ausland der Beitragspflicht in der Krankenversicherung der Rentner unterliegen, sind Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen bisher von der Beitragspflicht ausgenommen. Dies führt nicht nur zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten, ob eine aus dem Ausland bezogene Leistung eine Rente oder einen Versorgungsbezug darstellt, sondern auch zu Beitragsungerechtigkeiten. Die Ausklammerung ausländischer Rentenzahlungen war nur solange gerechtfertigt, wie auch inländische Rentner an der Beitragsaufbringung aus ihrer Rente nicht beteiligt waren; die Beteiligung der Rentner wurde durch das Rentenanpassungsgesetz 1982 (RAG 82) mit Wirkung vom 1. Januar 1983 eingeführt. Die Einbeziehung ausländischer Rentenleistungen in die Beitragspflicht führt nicht nur zu mehr Beitragsgerechtigkeit, sondern beseitigt auch Abgrenzungsschwierigkeiten hinsichtlich der Einordnung einer ausländischen Rente als Versorgungsbezug oder – bisher beitragsfreie – Rente.

Zu Nummer 93 (§ 232 Abs. 3)

Die Definition der unständigen Beschäftigung war bisher in § 179 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt, der durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1996 an gestrichen worden ist. Da die Definition aus beitragsrechtlichen Gründen weiter erforderlich ist, wird sie der Regelung über die beitragspflichtigen Einnahmen unständig Beschäftigter ohne inhaltliche Änderung angefügt.

Zu Nummer 94 (§ 235 Abs. 1 Satz 2)

Die Regelung sieht vor, daß in den Fällen, in denen ein BU/EU-Rentner an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation teilnimmt und ein Übergangsgeld-Spitzbetrag nach § 24 Abs. 6 SGB VI zur Auszahlung kommt, die für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen um den Zahlbetrag der Rentenleistung gekürzt werden. Hierdurch wird eine doppelte Zahlung von Krankenversicherungsbeiträgen aus der Rente und aus dem Übergangsgeld vermieden. Durch die Neuregelung werden die Rentenversicherungsträger von finanziellen Mehrbelastungen bei der Durchführung berufsfördernder Maßnahmen für BU/EU-Rentner entlastet. Bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Einvernehmen darüber, daß eine Heranziehung zur Beitragszahlung aus beiden Leistungen insoweit nicht gerechtfertigt erscheint, als die Leistungen aufeinander angerechnet werden.

Zu Nummer 95 (§ 240)

Zu Buchstabe a

§ 248 Abs. 2 SGB V behandelte Pensionäre, die freiwillig GKV-versichert waren und die Vorversicherungszeit für die KVdR nur deshalb nicht erfüllen konnten, weil sie keine Rente bezogen, beitragsrechtlich wie pflichtversicherte Rentner. Sie mußten aus Versorgungsbezügen ebenfalls nur „halbe„ Beiträge zahlen. § 240 Abs. 3a SGB V enthält für sie eine Bestandsschutzregelung über den 31. Dezember 1992 hinaus. Zum 1. Januar 1993 hat das GSG die Möglichkeit, KVdR-Vorversicherungszeiten mit einer freiwilligen Versicherung zu erfüllen, beseitigt.

Nach geltendem Recht ist bei bisher familienversicherten Hinterbliebenen dieser Mitglieder die Bestandsschutzregelung nicht anzuwenden, wenn sie selbst erst nach diesem Datum freiwilliges Mitglied der GKV werden.

Dies hat zur Folge, daß ein freiwillig Versicherter „Nicht-Rentner,, der unter die Bestandsschutzregelung fällt, halbe Beiträge zu zahlen hat, seine familienversicherte Ehefrau nach dem Tod ihres Ehegatten aber eine eigene freiwillige Versicherung begründen und volle Beiträge zahlen muß. Im wirtschaftlichen Ergebnis kann es sein, daß die Witwe für sich allein höhere Beiträge zu zahlen hat als die Beiträge, die ihr Ehemann zu seinen Lebzeiten für beide Eheleute zu zahlen hatte.

Diese Regelung ist durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (AZ: 12 RK 12/94 vom 26. Juni 1996) bestätigt worden.

Andererseits gelten für Witwen pflichtversicherter Rentner, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung ihres Ehemannes ableiten, die Voraussetzungen für die beitragsgünstige Pflichtversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V) als erfüllt, wenn ihr Ehemann diese Voraussetzungen mit einer freiwilligen Mitgliedschaft vor dem 31. Dezember 1992 erfüllt hatte (§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Die Neuregelung stellt sicher, daß beide vergleichbaren Fälle auch gleich behandelt werden.

Es ist geprüft worden, ob die Vorschrift rückwirkend zum 1. Januar 1993 in Kraft treten kann. Dabei wäre aber zu befürchten, daß nicht alle Fälle der Vergangenheit von den Krankenkassen vollständig erfaßt und erneut abgewickelt werden können. Aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit für alle Betroffenen tritt die Regelung daher mit Wirkung für die Zukunft in Kraft; sie gilt aber auch für diejenigen Witwen oder Witwer, die bis dahin volle eigene Beiträge zu zahlen haben.

Zu Buchstabe b

Die Neuregelung bewirkt, daß freiwillig versicherte Rentner (in erster Linie Kleinrentner), die mit ihren Einnahmen die Grenze der beitragsfreien Familienversicherung überschreiten, einkommensproportionale Beiträge zu zahlen haben. Bisher hatten sie den Mindestbeitrag in Höhe von ca. 190 DM West (ca. 160 DM Ost) und damit bis zu einem Drittel des Rentenzahlbetrages zu erbringen.

Dies war eine offensichtlich nicht gewollte Folge der Neuregelung des GSG, durch die seit dem 1. Januar 1993 die für die beitragsgünstige Pflichtversicherung der Rentner maßgebliche Vorversicherungszeit nur noch mit Zeiten einer Pflichtversicherung oder einer daraus abgeleiteten Familienversicherung erfüllt werden kann. Für die Beitragsberechnung freiwillig versicherter Kleinrentner wird an die frühere Vorversicherungszeitregelung angeknüpft, um Härten für diejenigen zu vermeiden, die langjährig ($\frac{9}{10}$ der 2. Hälfte des Erwerbszeitraums) der gesetzlichen Krankenversicherung angehört haben.

Zu Nummer 96 (§ 251 Abs. 4b)

Die Änderung stellt klar, daß die Beiträge für Postulanten und Novizen während der Zeit ihrer außerschulischen Ausbildung allein von den Genossen- oder Gemeinschaften getragen werden.

Zu Nummer 97 (§ 256 Abs. 2)

Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen sind (abgesehen von rückwirkenden Erhöhungen der Versorgungsbezüge) nicht von den Zahlstellen einzubehalten, sondern durch die Krankenkassen unmittelbar vom Versicherten einzuziehen (§ 256 Abs. 2 SGB V). Diese Regelung stößt bei den Betroffenen immer wieder auf Unverständnis, da sie zunächst die ungekürzten Versorgungsbezüge ausgezahlt bekommen, um dann anschließend einen Teil davon wieder bei der Krankenkasse einzahlen zu müssen. Dies ist für die Rentner insbesondere deshalb nicht nachvollziehbar, weil ihnen die Beiträge aus den laufend gezahlten Versorgungsbezügen von der Zahlstelle einbehalten werden. Sie nehmen daher vielfach irrtümlich an, sie würden „doppelt“ Beiträge zahlen.

Die Änderung stellt eine Vereinfachung für alle Beteiligten dar. Sie entspricht der Praxis bei einer Vielzahl von Zahlstellen.

Zu Nummer 98 (§ 257)

Zu Buchstabe a

Nach geltendem Recht haben Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht versicherungspflichtig und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, Anspruch auf Beitragszuschuß seitens ihres Arbeitgebers. Wenn deren Arbeitsentgelt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt, tritt bei ihnen Versicherungspflicht ein. Aufgrund des neuen § 6 Abs. 3a gilt dies nicht, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet haben. Mit der Neuregelung wird sichergestellt, daß sie für die Dauer ihrer Beschäftigung weiterhin zuschufsberechtigt sind.

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung von Satz 1 Nr. 2 wird das Zugangsalter zum Standardtarif auf das 55. Lebensjahr abgesenkt, um unzumutbare Prämienbelastungen derjenigen Personen, die wegen dieser Altersgrenze nicht mehr versicherungspflichtig werden können, zu vermeiden. Die Voraussetzung im bisherigen Recht, nach der die Vorver-

sicherungszeit nur mit einem zuschufsberechtigten Versicherungsschutz erfüllt werden konnte, den nur Beschäftigte erhalten können, wird geändert. Künftig kann diese Vorversicherungszeit auch mit einem nicht zuschufsberechtigten PKV-Tarif erfüllt werden, so daß z. B. auch Selbständige den Zugang zum Standardtarif haben.

Da der Standardtarif wegen des Spitzenausgleichs (vgl. Absatz 2b) von denjenigen subventioniert werden muß, die ihn nicht in Anspruch nehmen können, wird er auf diejenigen beschränkt, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze der GKV nicht überschreitet und die daher besonders schutzbedürftig sind. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres fällt diese Einschränkung weg; insoweit bleibt es beim geltenden Recht. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung, bei der ein Ehegatte, der die Voraussetzungen erfüllt, beitragsfrei familienversichert sein kann, müssen in der privaten Krankenversicherung bislang beide Ehepartner Beiträge zum Standardtarif entrichten. Die Neuregelung begrenzt den gemeinsam zu zahlenden Beitrag im Standardtarif auf höchstens 150 Prozent des Höchstbeitrags der GKV, wenn das Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Damit wird dem besonderen Schutzzweck der Ehe Rechnung getragen.

Nummer 2a stellt sicher, daß Rentner und Ruhestandsempfänger den Standardtarif auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie jünger als 55 Jahre sind, weil z. B. ein 40jähriger Erwerbsunfähigkeitsrentner ebenfalls besonders schutzwürdig ist. Das Gesamteinkommen soll dabei nicht berücksichtigt werden, weil dies auch in der GKV für die Versicherungspflicht als Rentner keine Rolle spielt.

Nummer 2b schreibt einen beihilfekonformen Standardtarif für aktive Beamte vor. Wegen der Bezugnahme auf Nummer 2 gilt hier auch die Altersgrenze von 55 Jahren und die Gesamteinkommensgrenze.

Nach Nummer 2c soll die Altersgrenze für behinderte Beamte nicht gelten, damit ihnen allein aus ihrer Behinderung keine Nachteile entstehen. Auch die Vorversicherungszeit und das Gesamteinkommen werden deshalb nicht berücksichtigt, die Erhebung eines Risikozuschlags allein wegen der Behinderung wird ausgeschlossen. Um Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erzielen, müssen sich die Betroffenen innerhalb einer 6-Monats-Frist für den Zugang zum Standardtarif entscheiden: Entweder nach Feststellung der Behinderung oder der Verbeamtung oder nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Durch die Änderung der Nummer 5 wird Bedenken der EU-Kommission gegen die bisherigen Voraussetzungen für den Standardtarif („Spartentrennung“) Rechnung getragen.

Die Änderung in Absatz 2a Satz 3 bewirkt, daß die Bestätigung der Aufsichtsbehörde hinsichtlich der Erfüllung der Voraussetzungen für den Standardtarif spätestens alle drei Jahre erneuert und damit überprüft werden muß.

Zu Buchstabe c

Die Neuregelung beseitigt Rechtsunsicherheiten, indem sie klarstellt, daß der finanzielle Spitzenausgleich der Ver-

sicherungsunternehmen eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen zu bewirken hat. Der neue letzte Satz stellt klar, daß der Prämienaufschlag für behinderte Beamte nur fiktiv für den Spitzenausgleich berechnet wird und die betroffenen Personen somit keine Prämienzuschläge allein wegen ihrer Behinderung zu zahlen haben.

Zu Nummer 99 (§ 258)

Mit dieser Regelung wird die Zuschußberechtigung gegenüber dem zuständigen Leistungsträger auch für Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen der Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, für Behinderte in Werkstätten für Behinderte oder in Blindenwerkstätten sowie für Behinderte in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres nicht mehr versicherungspflichtig werden können, sichergestellt.

Zu Nummer 100 (§ 265a)

Die Neuregelung erleichtert die Beschließung und Durchführung der finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit. Die Satzungsbestimmungen, die das Nähere zu Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung regeln, bedürfen nunmehr der Mehrheit von zwei Dritteln der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Ein Landesverband, der einer Entscheidung zur Hilfe nicht zugestimmt hat, kann sich der Mitfinanzierung nicht mehr entziehen.

Die Hilfen können unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auch – über die Satzungsregelungen nach § 142 Abs. 6 hinaus – zur Einhaltung des Globalbudgets nach § 142 Abs. 1 geleistet werden.

Zu Nummer 101 (§ 267 Abs. 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die seit 1995 eingeführte Krankenversichertenkarte (§ 291), die den Krankenschein ersetzt hat. Das Verfahren der Datenerhebung wird nicht verändert.

Zu Nummer 102 (Aufhebung des Zweiten Titels im Vierten Abschnitt des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Ermittlung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in § 142 Abs. 8. Die übrigen Vorschriften des Zweiten Titels betreffen den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner. Sie sind entbehrlich geworden, nachdem die Ansprüche und Verpflichtungen der Krankenkassen aus der letztmaligen Durchführung dieses Finanzausgleichs ausgeglichen worden sind. Sie treten daher zum 1. Januar 2001 außer Kraft.

Zu Nummer 103 (§ 275)

Die medizinisch-fachliche Kompetenz der Medizinischen Dienste soll von den Krankenkassen gezielt und verstärkt auch zur Steuerung der medizinischen Versorgung in der GKV in Anspruch genommen werden. Die

Neufassung des § 275 trägt dieser politischen Zielsetzung Rechnung. Die Schwerpunkte der Regelung liegen nicht mehr in der detaillierten, zum Teil unsystematischen Regelung zur Prüfung von Einzelfällen, sondern in der Verpflichtung der Krankenkassen, die Kompetenz der Medizinischen Dienste als anbieterunabhängige Instanz zur medizinischen Steuerung der Leistungen in der GKV verstärkt zu nutzen.

Zu Absatz 1

Satz 1 definiert den Auftrag der Medizinischen Dienste, die medizinischen Voraussetzungen der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie der Qualität der Leistungen der Krankenversicherung zu prüfen, wenn es erforderlich ist, und konkretisiert diesen Auftrag für die einzelnen Versorgungsbereiche. Die Aufzählung der Aufgaben in den einzelnen Versorgungsbereichen ist nicht abschließend.

Satz 2 stellt klar, daß die Krankenkassen und ihre Verbände den Medizinischen Dienst bei ihren nach dem SGB V einheitlich und gemeinsam wahrzunehmenden Aufgaben zur Umsetzung und Sicherstellung des Anspruchs des Versicherten auf medizinische Versorgung beteiligen und gutachtliche Stellungnahmen einholen sollen.

Satz 3 eröffnet die Möglichkeit, daß die Krankenkassen bzw. ihre Verbände auch bei dem Wettbewerb vorbehaltenen Aktivitäten (Verträge zu integrierten Versorgungsformen, Modellvorhaben) die medizinisch-fachliche Kompetenz des Medizinischen Dienstes nutzen können.

Zu Absatz 2

Für die Prüfung von Einzelfällen werden aus den geltenden Regelungen lediglich die Voraussetzung für eine Prüfung übernommen (wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung nach dem Krankheitsverlauf oder bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist). Die Durchführung soll von der Selbstverwaltung durch Richtlinien nach § 282 bestimmt werden. Allerdings werden die Medizinischen Dienste verpflichtet, den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente, Rehabilitation vor Pflege“ zu berücksichtigen. In ihrem Gutachten haben sie eventuellen Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen bzw. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vorzuschlagen. Die Vorschrift, daß die Krankenkassen den Medizinischen Dienst von einer abweichenden Entscheidung informieren sollen, dient der Qualitätssicherung der vom Medizinischen Dienst getroffenen Stellungnahmen. Bei der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst zur Bewertung der medizinischen Aspekte einschalten.

Die Befugnis des Arbeitgebers, von der Krankenkasse eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen, wird aus dem geltenden Recht übernommen.

Zu Absatz 3

Übernahme des geltenden Rechts (bisher Absatz 3a)

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die Versichertenberatung durch den Medizinischen Dienst. Nach geltendem Recht steht es im Ermessen der Krankenkassen, ob sie den Medizinischen Dienst auch für die Beratung der Versicherten in Anspruch nehmen. Nunmehr sollen Versicherte das Recht erhalten, sich unter bestimmten Voraussetzungen unmittelbar vom Medizinischen Dienst beraten zu lassen. Hierzu legen die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst geeignete Beratungsfelder fest (z. B. Beratung vor Entscheidung über schwerwiegende Operation oder Beratung zu unkonventionellen Heilmethoden).

Zu Absatz 5

Übernahme des geltenden Rechts (bisher ebenfalls Absatz 5)

Zu Nummer 104 (§ 275a)**Zu Absatz 1**

Nach geltendem Recht hat der Medizinische Dienst im Auftrag der Krankenkassen im Krankenhaus Fehlbelegungen zu prüfen und darf zu diesem Zwecke auch Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Diese Regelung wird von den Krankenhäusern dahingehend ausgelegt, daß eine gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes nur im Einzelfall erfolgen dürfe und nur dann, wenn besondere Gründe im Einzelfall es rechtfertigen, Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen des Krankenhauses zu prüfen.

Der Wille des Gesetzgebers ging dahin, eine über den Einzelfall hinausgehende Prüfung einer Vielzahl von Fällen durch den Medizinischen Dienst zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund ist eine Klarstellung der Befugnisse des Medizinischen Dienstes erforderlich.

Zu Absatz 2

Die Regelung ermöglicht es den Verbänden der Krankenkassen, im stationären Bereich eine effiziente Überprüfung der Abrechnungen von Fallpauschalen und Sonderentgelten durchführen zu können.

Zu Absatz 3

Wird der Medizinische Dienst von den Krankenkassen beauftragt, die Qualität der Versorgung im stationären Bereich und in der Rehabilitation zu prüfen, gilt Absatz 1 entsprechend.

Zu Absatz 4

Zur Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden.

Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus ergeben sich derzeit aus Budgetverhandlungen (wenn

zusätzliche Kosten für neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden beantragt werden), aus den Anträgen auf Kostenerstattung für alternative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, aus Erkenntnissen aus Einzelfallprüfungen oder Auffälligkeiten der den Krankenkassen vorliegenden Daten.

Eine umfassende Erfassung und Prüfung aller im Krankenhaus angewandten und neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden würde den Rahmen für eine sinnvolle Tätigkeit des Medizinischen Dienstes sprengen, wäre auch nicht umsetzbar. Für die Beobachtung des Leistungsgeschens im Krankenhaus soll der Medizinische Dienst verpflichtet werden, auf der Grundlage von Erkenntnissen, die er aus Einzelfallprüfungen, Budgetverhandlungen, Kostenerstattungsfällen, Auffälligkeiten der bei den Krankenkassen vorliegenden Daten oder sonstigen Informationen gewinnt, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auszuwerten und zu prüfen, insbesondere, wenn sie von den Vereinbarungen nach § 137 abweichen (aktuelles Beispiel: Erweiterung der Indikationen für die Knochenmarkstransplantation).

Der Medizinische Dienst hat nach Auswertung und Prüfung die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände zu informieren.

Zu Nummer 105 (§ 276)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Änderung: Infolge eines offensichtlichen Irrtums wurde für die von den niedergelassenen Ärzten erhobenen Daten anstatt des Begriffs „personenbezogene Daten“, der Begriff „Sozialdaten“ verwandt.

Klarstellung: Die dem Medizinischen Dienst zu übermittelnden Daten umfassen sowohl die eigenen Unterlagen und Befunde als auch die vorliegenden Unterlagen und Befunde anderer Leistungserbringer. Dazu gehören z. B. in der vertragszahnärztlichen Versorgung auch Röntgenbilder, Kiefermodelle, Befund- und Planungsunterlagen; im übrigen redaktionelle Änderungen.

Zu Doppelbuchstabe bb und cc

Redaktionelle Änderungen

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Verlängerung der Aufbewahrungsfrist von fünf auf zehn Jahre erfolgt eine Angleichung der Aufbewahrungsfristen des Medizinischen Dienstes an die Aufbewahrungsfristen der Krankenkassen. Die Krankenkassen können ihre Daten bis zu zehn Jahren speichern (§ 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). In diesem Zeitraum kann es erforderlich werden, den Medizinischen Dienst erneut mit der Prüfung und Begutachtung von Leistungen zu beauftragen. Der Medizinische Dienst muß daher auch für den gesamten Zeitraum von zehn Jahren auf seine Daten zurückgreifen können.

Zu Doppelbuchstabe ee

Nach der bisherigen Regelung in § 276 Abs. 2 Satz 6 SGB V kann der Medizinische Dienst in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen. Durch diese Regelung ist es dem Medizinischen Dienst verwehrt, sich bei der Erfüllung seiner Aufgaben auf EDV-Einsatz zu stützen, obwohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Krankenversicherungsträgern zunehmend der EDV-Einsatz, zum Teil sogar verpflichtend (Krankenversicherungskarte, Abrechnungsvorschriften), eingeführt worden ist. Dies führt in der Praxis dazu, daß dem Medizinischen Dienst Daten auf Papier zur Verfügung gestellt werden, der Medizinische Dienst erfaßt diese Daten in seinem Computer, druckt das Gutachten in Papierform aus, um es dann im Computer zu löschen. Das Gutachten wird der Krankenkasse in Papierform zugeleitet, beim Medizinischen Dienst in Papierform archiviert. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist d. h. jeweils zum 1. Januar, muß jede Akte durchgesehen und überprüft werden. Durch den Einsatz von EDV kann eine wirtschaftlichere und sparsamere Aufgabenerfüllung erreicht werden. § 276 Abs. 2 Satz 1, 3 und 6 SGB V sichert die enge Zweckbindung für die Verwendung von Sozialdaten durch den Medizinischen Dienst.

Zu Buchstabe b

Um die Information des Versicherten über seine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu verbessern, ist er bei Einzelprüfung auf sein Recht hinzuweisen, Einsicht in die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nehmen zu können.

Zu Buchstaben c und d

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 106 (§ 280)

Es wird klargestellt, daß die Zuständigkeit für eine Amtsenthebung eines Geschäftsführers oder seines Stellvertreters wegen groben Verstoßes gegen seine Amtspflichten ebenso wie die Wahl und Entlastung beim Verwaltungsrat liegen muß.

Zu Nummer 107 (§ 281)

Die Terminierung auf den 1. Oktober eines jeden Jahres beruhte auf Vorschriften über die Statistik, wonach jeweils zum 1. Oktober die Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen auf Landesebene, bezogen auf den Beschäftigungsort, zu erheben war. Die Vorschriften über die Statistik sind inzwischen geändert worden. Um die Abhängigkeit von den Statistikvorschriften zu lösen, sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festlegen, wann die Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen jährlich festzustellen ist.

Zu Nummer 108 (§ 282)

Die Kompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen, Richtlinien zu beschließen, wird in Anlehnung an die

Regelungen im Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG (§ 53a SGB XI) um die Befugnis zum Erlaß von Richtlinien zur Qualitätssicherung der Beratung und Begutachtung über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und zum Berichtswesen einschließlich der Statistik erweitert. Auch über die einheitliche Durchführung der Prüfung von Einzelfällen nach § 275 Abs. 2 (z. B. Auswahl der Fälle) sowie über das Verfahren der Versichertenberatung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 4 einschließlich des Zugangs der Versicherten zu dieser Beratung sind Richtlinien zu beschließen. Um die Akzeptanz der Richtlinien, die schon nach geltendem Recht von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich beschlossen werden, auf Landesebene zu erhöhen, sollen die Medizinischen Dienste bei der Vorbereitung der Richtlinien eingebunden werden. Gleichzeitig wird klargestellt, daß die Richtlinien für die Medizinischen Dienste verbindlich sind.

In Satz 2 wird klargestellt, daß der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen diese in allen medizinischen Fragen der ihnen zugewiesenen Aufgaben beraten kann. Darüber hinaus wird in Satz 3 klargestellt, daß die Medizinischen Dienste auf Landesebene verpflichtet sind, den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben auf Bundesebene (§ 275) zu unterstützen.

Zu Nummer 109 (§ 284)

§ 284 des geltenden Rechts regelt, welche Daten der Krankenkasse zur Verfügung stehen und in welchem Umfang sie die bei ihr vorhandenen Daten verarbeiten und nutzen darf. Es handelt sich um die Daten ihrer Versicherten (z. B. Mitglieder und Familienangehörige, Beitragspflicht, Höhe der Beiträge etc.) sowie um Daten der Leistungserbringer, die befugt sind, Leistungen zu Lasten der GKV zu erbringen und abzurechnen. Sobald der Versicherte das GKV-System in Anspruch nimmt, entstehen darüber hinaus medizinische Daten über den Versicherten (Leistungs- und Gesundheitsdaten) und Daten über die von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen und deren Vergütungsansprüche. Die Zulässigkeit der Verwendung dieser Daten wird in § 284 ff. sehr differenziert geregelt. Ein abschließender Katalog umfaßt die Zwecke bzw. die Aufgaben, für die die Krankenkassen Daten über ihre Versicherten und Leistungserbringer der GKV erheben, verarbeiten und nutzen dürfen sowie zu welchen Zwecken die Daten zusammengeführt werden dürfen.

Um die Krankenkasse in die Lage zu versetzen, ihre Steuerungsaufgaben in der GKV wahrzunehmen, müssen ihre Befugnisse, Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen sowie die rechtmäßig erhobenen Daten versichertenbezogen zusammenzuführen, erweitert werden. Dies bedeutet, daß der Aufgabenkatalog der Krankenkassen zu erweitern ist (s. Absatz 1 Nr. 4, 9, 10 und 11) und die Krankenkasse die Möglichkeit erhalten muß, unter eng begrenzten Voraussetzungen für bestimmte vom Gesetz festgelegte Zwecke, Sozialdaten versichertenbezogen zu speichern und zusammenzuführen (s. Absatz 2)

Zu Absatz 1

Die Änderung des Satzes 1 stellt eine redaktionelle Anpassung an die entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorschriften in der Rentenversicherung (§ 148 Abs. 1 Satz 1 SGB VI), Unfallversicherung (§ 199 Abs. 1 Satz 1) und Arbeitsförderung (§ 402 Abs. 1 Satz 1 SGB III) dar. Die Formulierung stellt klar, daß die Krankenkassen datenschutzrechtlich legitimiert sind, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (bisher in Absatz 1 und 3 geregelt).

Die Aufgaben der Krankenkassen werden im Satz 2, wie im geltenden Recht, abschließend aufgeführt, aber für einzelne Bereiche entsprechend dem veränderten Spektrum der Aufgaben der Krankenkassen erweitert.

Zu Nummer 1

Die Ergänzung der Nummer 1 ist eine Folge der Einführung des Kassenwahlrechts durch das Gesundheitsstrukturgesetz Mitglieder der Krankenkassen nehmen vor dem Wechsel von einer zur anderen Krankenkasse Kontakt zu mehreren Krankenkassen auf, um von diesen informiert zu werden. Zum Teil erklären sie schon in der Mitte eines Jahres gegenüber einer Krankenkasse zum Jahresende ihr Mitglied werden zu wollen. Der Kassenwechsel findet jedoch nur statt, wenn das Mitglied gegenüber der bisherigen Krankenkasse kündigt. In der Zwischenphase muß es der neu gewählten Krankenkasse möglich sein, die Daten dieses zukünftigen Mitgliedes zu erfassen und zu verarbeiten.

Zu Nummer 4

Die Änderung der Nummer 4 ermöglicht der Krankenkasse ihre Aufgabe als Schnittstelle der Versorgung der Versicherten wahrzunehmen. Ihre Aufgabe ist es, mit begrenzten finanziellen Mitteln ein quantitatives und qualitatives Optimum an (Krankenversicherungs-) Leistungen sicherzustellen. Dies ist immer dort sinnvoll, wo eine zu erbringende oder erbrachte Leistung mit einer weiteren Leistung ergänzt werden oder durch eine andere wirtschaftliche ersetzt werden kann, um dem Versicherten die ihm am besten helfende Leistung zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkasse muß in der Lage sein, ihre Versicherten entsprechend zu beraten, aufzuklären und zu informieren. Dies setzt voraus, daß die Krankenkassen befugt sind, die entsprechenden Daten zu diesem Zweck zu verarbeiten und zu nutzen. Das Gleiche gilt für die Beratung der Leistungserbringer, z. B. über die von ihnen verordneten Leistungen.

Zu Nummer 9

Nummer 9 begrenzte die Krankenkassen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Durch die Streichung dieser Einschränkung wird klargestellt, daß die Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Daten auch zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung anderer Leistungsbereiche verwenden können. Die Vorschrift enthält des weiteren eine Konkreti-

sierung der Befugnis der Krankenkassen, auch für Qualitätsprüfungen Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (s. a. § 298).

Zu Nummer 11

Die Krankenkassen haben wie andere Sozialversicherungsträger auch die Aufgabe, im Falle der Schädigung ihrer Versicherten durch Dritte die dadurch bedingten Leistungsaufwendungen beim Dritten oder dessen Versicherung einzufordern. Dazu müssen ihnen die entsprechenden Daten zur Verfügung stehen. Die Ergänzung stellt sicher, daß sie die dazu erforderliche datenschutzrechtliche Grundlage erhalten. Dies entspricht der Regelung bei anderen Sozialversicherungsträgern (Unfallversicherung § 199 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII, Arbeitsförderung § 402 Abs. 1 Nr. 11 SGB III).

Zu Nummer 12

Für die Weiterentwicklung der Versorgung wird den Krankenkassen die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis gegeben, auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Daten im Vorfeld von Entscheidungen über das Angebot, während der Durchführung und nach Abschluß von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung die Effektivität und Effizienz der einzelnen Maßnahmen festzustellen.

Zu Absatz 2

Nach geltendem Recht ist diese Zusammenführung und Auswertung von personenbezogenen Daten nur für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 296, 297 SGB V) möglich. Für die Steuerung der Versorgung der Versicherten, die Qualitätssicherung und die Beratung der Leistungserbringer reichen diese gesetzlichen Regelungen nicht aus. Auch die Steuerung der Versorgung im Einzelfall, z. B. Managed-Care, erfordert die Zusammenführung und Auswertung von GKV-Daten aus den verschiedenen Versorgungsbereichen bezogen auf den einzelnen Versicherten bzw. den einzelnen Leistungserbringer. Um eine Steuerung der medizinischen Versorgung zu ermöglichen, dürfen die nach Absatz 1 erhobenen Daten für einzelne im Gesetz jeweils bestimmte Zwecke versichertenbezogenen zusammengeführt werden.

Die Zusammenführung der versichertenbezogenen Daten ist zu löschen, sobald sie für die jeweils benötigten Zwecke nicht mehr benötigt werden.

Die Daten dürfen für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften angeordnet oder erlaubt ist. Die im geltenden Recht bestehende Beschränkung auf Rechtsvorschriften des SGB ist zu erweitern, da auch außerhalb des SGB, z. B. im Krankenhausfinanzierungsgesetz, die Verarbeitung und Nutzung von Daten angeordnet oder erlaubt werden.

Zu Absatz 3

Für die Verwendung von Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen für Zwecke der Mitgliedergewinnung ist

eine datenschutzrechtliche Regelung erforderlich. Die Krankenkassen stehen als Folge des Wahlrechts der Versicherten (§ 173 ff. SGB V) verstärkt im Wettbewerb um Mitglieder. Nach den derzeit geltenden Regelungen sind jedoch Datenerhebungen zum Zwecke der Mitgliederwerbung ohne Einwilligung des Betroffenen nicht zulässig. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat angeregt (s. 15. Tätigkeitsbericht Drucksache 13/1150, S. 86), die zeitlich und inhaltlich begrenzte Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten für Zwecke des Wettbewerbes gesetzlich zuzulassen, um bisher bestehende Unklarheiten zu beseitigen. Den Krankenkassen wird durch die Regelung in Absatz 3 die Möglichkeit eröffnet, sich und ihre Aktivitäten direkt bei potentiell neuen Mitgliedern durch Informationsmaßnahmen und personenbezogene Werbung darzustellen. Entsprechend den datenschutzrechtlichen Regelungen für die Privatwirtschaft im Bundesdatenschutzgesetz über die Verwendung personenbezogener Daten zum Zwecke der Werbung wird die Verwendung von Daten, die aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden können, zur Gewinnung neuer Mitglieder zugelassen, es sei denn, daß schutzwürdige Interessen des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung offensichtlich überwiegen oder der Betroffene widerspricht. Die Daten sind zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden.

Zu Nummer 110 (§ 285)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Einfügung des neuen §§ 136a und 136b.

Zu Nummer 111 (§ 292)

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 112 (§ 293)

Zu Absatz 4

Die bestehenden Mängel des Verfahrens der Vergabe und Verwendung eines Kennzeichens für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte (Arztnummer) haben gravierende negative Konsequenzen bei der Auswertung der Datenträger, auf denen diese Kennzeichen verwendet werden, und die damit verbundenen Steuerungsaufgaben im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Beispielsweise führen diese Mängel dazu, daß die Erfassung der Arznei- und Heilmittelausgaben im Zusammenhang mit der Budgetregelung nach § 84 und ihre Zuordnung auf die verschiedenen Budgetregionen erhebliche Defizite aufweist. Ferner entstehen Transparenzdefizite bei der ärztlichen/zahnärztlichen Leistungsabrechnung.

Im Hinblick auf die Gewährleistung eines effektiven Verfahrens zur Auswertung und Aufbereitung der Daten über ärztliche/zahnärztliche Leistungen und die von Ärzten verordneten und veranlaßten Leistungen, insbesondere für die in § 303 a genannten Zwecke, besteht deshalb die Notwendigkeit, Regelungen zu treffen, die eine konsistente und Transparenz ermöglichende Verwendung der Arztnummer gewährleisten.

Zu Absatz 5

Für die Arzneimittelabrechnung und die Steuerung der Datenflüsse im Rahmen des Datenträgeraustausches ist ein bundeseinheitliches Apothekenverzeichnis unverzichtbar. Die Regelung schafft die dafür, auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten, notwendige gesetzliche Grundlage.

Zu Nummer 113 (§ 294)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung in Zusammenhang mit der Regelung des § 294 Abs. 2.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung in Zusammenhang mit der Regelung des § 294 Abs. 2.

Zu Buchstabe c

Zu Absätzen 2 und 3

Mit der Neuregelung erhalten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgabe Datenannahmestellen zu bilden, die die im Rahmen der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen zu übermittelnden Daten in einem von den Spitzenverbänden zu bestimmenden Umfang für die jeweilige Kassenart zentral annehmen. Nach Erfüllung der Voraussetzungen für die Weiterleitung dieser Daten an die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 übermitteln die Datenannahmestellen die Daten an die jeweils zuständige Krankenkasse; die Dauer der Speicherung ist begrenzt auf den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Zeitraum. Durch die Regelung soll sichergestellt werden, daß die für die Steuerungsaufgaben im System der GKV benötigten Daten vollständig, effizient und valide erfaßt und den Beteiligten zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Zur weiteren Aufbereitung der Daten, insbesondere zur Vorbereitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, werden die Daten den jeweils zuständigen Arbeitsgemeinschaften, die regional und kassenartenübergreifend zu errichten sind (§ 303a Abs. 1), übermittelt. Damit wird die für die in § 303a Abs. 2 aufgeführten Zwecke notwendige kassenartenübergreifende Zusammenführung der Leistungserbringerdaten ermöglicht (z. B. Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Vereinbarung und Abrechnung der Arznei- und Heilmittelbudgets, Vereinbarung von Richtgrößen). Der Datenschutz wird durch ein Anonymisierungsverfahren gewährleistet, das den Zugriff auf personenbezogene Daten ausschließt, versichertenbezogene Auswertungen – auf der Grundlage einer eindeutig verschlüsselten Versichertennummer – jedoch ermöglicht. Solche Auswertungen, z. B. unter Einbezug der Information für Alter, Geschlecht und Indikationen, sind u. a. für Zwecke der Bestimmung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Arznei- und Heilmittelbereich nach Budgetregelung (§ 84), der Vereinbarung von differenzierteren Richtgrößen (§ 106 Abs. 5), der Beratungen der Vertragsärzte (§ 305a), der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung sowie der Gesundheitsberichter-

stattung, insbesondere für gebietsbezogene Morbiditätsanalysen, von zentraler Bedeutung.

Zu Absatz 4

Die Spitzenverbände der Krankenkassen die Voraussetzungen dafür schaffen, daß die kassenartenübergreifende Datenzusammenführung, bezogen auf die in § 303a Abs. 2 genannten Zwecke, spezifiziert und in einem einheitlichen technischen Verfahren durchgeführt wird. Ferner sollen sie die Inhalte der von der auf Bundesebene einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft (§ 303a Abs. 3) zu erstellenden Datenaufbereitungen konkretisieren.

Zu Nummer 114 (§ 294a)

Die Befugnis zur Mitteilung von Anhaltspunkten über die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers ist bisher nur im Bundesmantelvertrag (§ 58) geregelt. Da es sich um die Übermittlung personenbezogener Daten handelt, bedarf diese Verpflichtung einer gesetzlichen Grundlage. Eine vertragliche Vereinbarung reicht nicht aus. Die Verpflichtung betrifft Vertragsärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Auch über drittverursachte Gesundheitsschäden ist eine Mitteilungspflicht erforderlich.

Um Schadensersatzansprüche nach § 116 des 10. Buches Sozialgesetzbuch geltend machen zu können, benötigen die Krankenkassen alle Leistungsdaten, die für drittverursachte Gesundheitsschäden entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung hat daher auch diese Angaben versichertenbezogen den Krankenkassen zu übermitteln.

Zu Nummer 115 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Die in Satz 1 Nr. 2 getroffene Regelung, im Rahmen der Abrechnung in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes anzugeben, übernimmt die entsprechende Regelung des gestrichenen Absatzes 4. Die Angabe der Arztnummer des überweisenden Arztes ist erforderlich, um die nach § 106 Abs. 3 vorgesehenen Prüfungen des Überweisungsverhaltens zu ermöglichen.

In Satz 2 wird klargestellt, daß in den Fällen, in denen die Internationale Klassifikation der Krankheiten fünfstellige Codes enthält, die Verwendung dieser differenzierteren Codes vorgesehen werden kann, sofern sie für die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen (Prüfung der Leistungspflicht, Wirtschaftlichkeitsprüfung u. a.) erforderlich sind. Die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten erfordert ferner in manchen Fällen bei der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen eine Ergänzung der Codes dieser Klassifikation durch Zusatzkennzeichen, um die für die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen notwendige Aussagefähigkeit der Codes zu gewährleisten. U. a. kann die Angabe der Seitenlokalisation einer Erkrankung (z. B. linker oder rechter Arm) oder der Hinweis, daß es sich um eine Verdachtsdiagnose handelt, erforderlich sein. Die Regelung in Satz 3 ermöglicht die Anwendung solcher Zusatzkennzeichen.

Die Regelung in Satz 4 übernimmt für die Vertragsärzte die für Krankenhäuser geltende Regelung (§ 301 Abs. 2 Satz 2), durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel zur Klassifikation der Prozeduren in der Medizin zu verschlüsseln. Die gemeinsame Anwendung des Schlüssels durch Krankenhäuser und Vertragsärzte ist Voraussetzung, um aussagefähige, sektorübergreifende Daten insbesondere für den Bereich der ambulant durchgeführten Operationen zu erhalten. Diese Informationen sind notwendige Grundlage für Maßnahmen zur Steuerung der Versorgungskapazitäten und zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in diesem Leistungsbereich.

Die Regelung zum Inkrafttreten der jeweiligen Fassung des Schlüssels wird in § 303 b Abs. 4 getroffen und kann deshalb hier entfallen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung wird aus rechtssystematischen Gründen in § 106 Abs. 10 übernommen und hier gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung soll nach Errichtung der Datenannahmestellen (§ 303a Abs. 1) durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit in Kraft gesetzt werden. Sie konkretisiert die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Übermittlung der Daten für Zwecke der Leistungsabrechnung, der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 sowie der sonstigen nach § 303a Abs. 2 genannten Zwecke. Nach der in § 294 Abs. 4 getroffenen Regelung bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen, welche Daten nicht den Krankenkassen, sondern den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zu übermitteln sind.

Um die nach § 303a vorgesehene versichertenbezogene, leistungsbereichs- und periodenübergreifende Zusammenführung von Behandlungsdaten der Versicherten, insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung und der Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen, sind die Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr wie bisher lediglich fallbezogen, sondern arzt- und versichertenbezogen zu übermitteln. Der Datenschutz wird durch die vorgeschriebene Verschlüsselung der Daten vor der Übermittlung an die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a gewährleistet. Damit können die bisher geltenden gesonderten Regelungen zur Datenübermittlung für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 296 und 297 entfallen.

Den Krankenkassen werden die Daten über die Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen nach der vorgesehenen Regelung – wie bereits schon nach geltendem Recht die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser und der übrigen Leistungserbringer – leistungserbringer- und versichertenbezogen übermittelt. Die Regelung ist erforderlich, um eine effektive Erfüllung insbesondere der folgenden Aufgaben der Krankenkassen zu ermöglichen:

- die Unterrichtung der Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen nach § 305 Abs. 1; die bisherige Regelung, nach der die Daten über die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen versichertenbezogen bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu speichern und auf Anforderung den Krankenkassen zu übermitteln waren, hat sich als unpraktikabel erwiesen,
- die Kontrolle der Einhaltung der zweijährigen Gewährleistung der Zahnärzte nach § 136 b Abs. 2,
- die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern nach § 66

Die Angabe der Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle ist eine redaktionelle Folgeänderung des Wegfalls der Regelung in § 296 Abs. 1. Ferner wurde die Regelung im Hinblick auf versichertenbezogene Daten an die in § 284 Abs. 1 und Abs. 2 getroffene Neuregelung angepaßt.

Zu Buchstabe d

Die Einführung der Krankenversichertenkarte ist erfolgt. Die Bestimmung des Näheren über die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf Überweisungsschein erfolgt im Rahmen der Regelung nach Absatz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Abs. 3. Absatz 4 kann daher entfallen.

Zu Nummer 116 (§ 296)

Zu Buchstabe a

Da die Daten über die abgerechneten ärztlichen Leistungen nach § 294 Abs. 3 i.V.m. § 295 Abs. 2 von den Datenannahmestellen an die Arbeitsgemeinschaften (§ 303a Abs. 1) weitergeleitet werden, ist eine gesonderte Datenübermittlung für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung entbehrlich.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, daß den Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 notwendigen arztbezogenen kassenartenübergreifenden Daten über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung) von den Arbeitsgemeinschaften (§ 303a Abs. 1) übermittelt werden.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung der Datenübermittlungsvorschrift (Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1) im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Diese Regelungen zu § 296 werden nach Errichtung der Datenannahmestellen und der Arbeitsgemeinschaften durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 303b Abs. 3) in Kraft gesetzt.

Zu Nummer 117 (§ 297)

Zu Buchstabe a

Eine dem Absatz 1 entsprechende Regelung ist aus rechtssystematischen Gründen im Rahmen der Vorschriften des § 106 getroffen worden; der Absatz 1 kann deshalb entfallen. Die gesonderte Datenübermittlung des Absatz 2 für Zwecke der Stichprobenprüfung ist entbehrlich, da die Daten über die abgerechneten ärztlichen Leistungen von den Datenannahmestellen an die Arbeitsgemeinschaften (§ 303 a Abs. 1) weitergeleitet werden.

Zu Buchstabe b

Da die Datenannahmestellen die Abrechnungsdaten den Arbeitsgemeinschaften (§ 303 a Abs. 1) übermitteln, haben diese die Datenübermittlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 zu übernehmen.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung.

Die o. a. Regelungen zu § 297 werden nach Errichtung der Datenannahmestellen und der Arbeitsgemeinschaften durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 303b Abs. 3) in Kraft gesetzt.

Zu Nummer 118 (§ 299)

Infolge der Aufhebung der sich auf die Beitragsrückzahlung und deren Erprobung beziehenden Vorschriften ist § 299 obsolet geworden.

Zu Nummer 119 (§ 300)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 sind sog. Direktlieferanten von Arzneimitteln in die Verpflichtung nach § 300 Abs. 1 mit einzubeziehen.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt klar, daß die Einbindung von Rechenzentren auf im Sozialgesetzbuch geregelte Zwecke zu begrenzen ist und dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Versicherten und Leistungserbringer Rechnung zu tragen hat. Die Vorschrift schließt damit aus, daß die Rechenzentren die bei ihnen auflaufenden Daten auch anderweitig verarbeiten, nutzen und wirtschaftlichen Vorteil daraus ziehen können.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu § 293 Abs. 5

Zu Nummer 120 (§ 301)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstaben aa bis cc

Die Vorschrift stellt sicher, daß alle Daten, die für das von der Selbstverwaltung zu entwickelnde neue Fallpauschalen-

len-System benötigt werden, im Rahmen der nach § 301 zu erhebenden Daten maschinenlesbar übermittelt werden. Der bestehende Datensatz wird daher um das Geburtsgewicht sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen erweitert. Zudem wird geregelt, daß neben Operationen auch Angaben über sonstige Prozeduren zu übermitteln sind, die für die Bestimmung und Abrechnung von Fallpauschalen erforderlich sind. Die Beschränkung der Angaben zur Verlegung auf externe Verlegung (Nr. 7) wird aufgehoben, da für Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen auch Angaben über interne Verlegungen relevant sind.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit werden von den Arbeitgebern für die Umsetzung des Entgeltfortzahlungsgesetzes benötigt. Gemäß § 69 Abs. 4 SGB X sind die Krankenkassen befugt, dem Arbeitgeber Informationen über die Arbeitsunfähigkeit zu übermitteln, wozu sie jedoch nur in der Lage sind, wenn sie selbst über entsprechende Erkenntnisse verfügen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, daß in den Fällen, in denen die Internationale Klassifikation der Krankheiten einen fünfstelligen Code enthält, die Verwendung dieses differenzierteren Codes vorgesehen werden kann, sofern er für die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen (Prüfung der Leistungspflicht, Wirtschaftlichkeitsprüfung u. a.) erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Verschlüsselung von Operationen herausgegebene Schlüssel (OPS 301) wird um die sonstigen medizinischen Prozeduren erweitert, soweit dies für Abrechnungszwecke erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten erfordert ferner in manchen Fällen bei der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen eine Ergänzung der Codes dieser Klassifikation durch Zusatzkennzeichen, um die für die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen notwendige Aussagefähigkeit der Codes zu gewährleisten. U.a. kann die Angabe der Seitenlokalisation einer Erkrankung (z. B. linker oder rechter Arm) oder der Hinweis, daß es sich um eine Verdachtsdiagnose handelt, erforderlich sein. Die Regelung ermöglicht die Anwendung solcher Zusatzkennzeichen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Redaktionelle Anpassung an die geänderte Rechtslage.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Bei Durchführung stationärer Rehabilitations-Maßnahmen zu Lasten des Rentenversicherungsträgers erhalten die

Krankenkassen aufgrund datenschutzrechtlicher Einwände nur die Kurzfassung eines Entlassungsberichts. Dieser beinhaltet keine Aussagen über die durchgeführten Maßnahmen, die Prognose und den weiteren Behandlungsbedarf. Im Interesse einer nahtlosen weiteren Behandlung ist es für den nachfolgenden Leistungsträger erforderlich, über diese Informationen zu verfügen, um dem Versicherten darauf abgestimmte Leistungen zukommen zu lassen. Da Entlassungsberichte auch Auskunft über Krankheit und Behinderung geben, tragen sie im Sinne des § 96 SGB X dazu bei, sicherzustellen, daß Untersuchungen unterbleiben, soweit bereits verwertbare Ergebnisse vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 121 (§ 302)

Zu Buchstabe a

Zur Überprüfung ihrer Leistungsverpflichtung benötigen die Krankenkassen die Angaben von Diagnosen und Befunden. Diese Verfahrensweise ist bereits in den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehen. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hält aus datenschutzrechtlichen Gründen eine gesetzliche Regelung für erforderlich.

Zu Buchstabe b

Neben den Apotheken nehmen auch die sonstigen Leistungserbringer, insbesondere im Heil- und Hilfsmittelbereich, zur Abrechnung Rechenzentren in Anspruch. Diese Rechenzentren dürfen die Daten, ebenso wie die Apothekenrechenzentren, nur für Abrechnungszwecke verwenden.

Zu Nummer 122 (§ 303)

Zu Buchstabe a

Der Inhalt von Absatz 2 wird nunmehr in § 303a geregelt. Der Absatz kann daher wegfallen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Um den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, unterschiedlichen Sachverhalten im Zusammenhang mit fehlenden oder unzulänglichen Datenübermittlungen Rechnung zu tragen, wird die Regelung dahingehend differenziert, daß in bestimmten Fällen statt eines Vergütungsausschlusses die Einbehaltung nur eines Teils der Vergütung vorgesehen wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 123

Zu § 303a

Zu Absatz 1 und 2

Mit dieser Vorschrift sollen die Datengrundlagen für die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben in der

GKV und für politische Entscheidungen zur Weiterentwicklung der GKV und der Strukturen der medizinischen Versorgung verbessert werden. In Form von Arbeitsgemeinschaften auf Landes- und Bundesebene haben die Krankenkassen und ihre Verbände die ihnen im Rahmen der Leistungsabrechnung der Leistungserbringer übermittelten Daten für ihre gemeinsamen operativen Steuerungsaufgaben zusammenzuführen und aufzubereiten. Diese Datenbasis soll auch für politisch-konzeptionelle Entscheidungsprozesse sowie für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stehen.

Die in Absatz 2 Nr. 1 bis 4 genannten gesetzlichen Aufgaben erfordern die Aufbereitung kassenartenübergreifend zusammengeführter leistungserbringer- und (verschlüsselt) versichertenbezogener Leistungs- und Abrechnungsdaten. Gemäß Ziffer 5 sind die bei den Arbeitsgemeinschaften zusammengeführten Daten desweiteren für die kassenartenübergreifenden Steuerungsaufgaben auf Landes- und Bundesebene aufzubereiten, insbesondere für die Aufgaben der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung, der Versorgungsplanung im Bereich der stationären Versorgung, der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung sowie der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme (z. B. Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog, Krankenhausgesamtvergütung, Budgetvereinbarungen mit den Krankenhäusern, Einheitlicher Bewertungsmaßstab in der vertragsärztlichen Versorgung). Die in Nummer 6 vorgesehene Regelung sieht die Aufbereitung von Datengrundlagen für Entscheidungen der Gesundheitspolitik insbesondere zur Erfolgskontrolle beschlossener gesetzlicher Maßnahmen sowie zur Vorbereitung von Gesetzesinitiativen, sowie für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder vor.

Zu Absatz 3

Durch die Regelung soll gewährleistet werden, daß zur Unterstützung der politischen Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendigen Datengrundlagen auch auf Bundesebene aufbereitet werden. Außerdem wird der auf Bundesebene zu bildenden Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbänden der Krankenkassen die Aufgabe übertragen, die Verfahren der Datenverarbeitung in der Gesetzlichen Krankenversicherung umfassend zu untersuchen, zu bewerten, Vorschläge für deren Weiterentwicklung zu machen und hierüber zu berichten. Diese Aufgabe ist notwendig, um angesichts des technischen Fortschritts in der elektronischen Datenverarbeitung die Schwachstellen der in der GKV implementierten Verfahren erkennen und beseitigen zu können.

Zu § 303 b

Zu Absatz 1

Die Regelung soll sicherstellen, daß die für eine Verbesserung der Datengrundlagen im System der GKV notwendigen Einrichtungen in dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitrahmen geschaffen werden.

Zu Absatz 2

Die Regelung soll gewährleisten, daß die von den Spitzenverbänden zu treffenden Bestimmungen den Intentionen des Gesetzgebers entsprechen.

Zu Absatz 3

Die Inkrafttretensregelung stellt sicher, daß die Neuregelungen erst zu dem Zeitpunkt wirksam werden, an dem die notwendigen Voraussetzungen – Errichtung von Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 und von Arbeitsgemeinschaften nach § 300a – geschaffen worden sind.

Zu Absatz 4

Die Regelung soll gewährleisten, daß die vom Gesetzgeber zur Verbesserung der Datengrundlagen im System der GKV vorgesehenen Regelungen zur Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten getroffen werden.

Zu Absatz 5

Die Regelung gibt dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, auf eine zeitnahe Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Abschluß der genannten Vereinbarungen hinzuwirken und ggf. die notwendigen Regelungen durch Rechtsverordnung zu treffen.

Zu Nummer 124 (§ 304)

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 125 (§ 305a)

Zu Absatz 1

Den Krankenkassen und ihren Verbänden wird wie bisher schon den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Recht eingeräumt, den Vertragsärzten die für die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigenden Versorgung, vor allem mit Arznei- und Heilmitteln, erforderlichen Informationen zu übermitteln. Damit wird u.a. klargestellt, daß die Krankenkassen und ihre Verbände über eine verbesserte Information und Beratung der Vertragsärzte einen Beitrag zur Steuerung der Ausgaben im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung ihrer Versicherten leisten können.

Zu Absatz 2

Es wird gesetzlich klargestellt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Informationen über die von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlaßten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit beraten können. Diese Beratungen sollen außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 durchgeführt werden und dazu beitragen, ein unwirtschaftliches Verhalten der Vertragsärzte – und damit ggf. verbundene Sanktionen im Rahmen eines Prüfverfahrens – zu vermeiden.

Zu Nummer 126 (§ 306)

Die Übermittlung von Daten zur Bekämpfung der Schwarzarbeit ist in § 306 nicht sachgerecht geregelt. Das umfassende Verbot, „Sozialdaten“, zu übermitteln, umfaßt auch Daten, die z. B. für die Bekämpfung illegaler Beschäftigung (vgl. § 306 Satz 1 Nr. 1) erforderlich sind. Das Übermittlungsverbot wird daher an den Wortlaut der Formulierung im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 211 SGB VII) angepaßt. Medizinische und psychologische Daten eines Versicherten dürfen die Krankenkassen für die Bekämpfung von Schwarzarbeit nicht übermitteln. Ausgenommen sind Angaben über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit.

Zu Nummer 127 (§ 310)

Die Zuzahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Krankenhauszuzahlungen werden auf den Betrag von kalendertäglich 14 DM vereinheitlicht. Wegen der redaktionellen Änderungen in den hierfür maßgeblichen Vorschriften ist deren Nennung im einzelnen nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 128 (§ 311)**Zu Buchstabe a**

Zur Fortentwicklung der Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die getrennte Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet aufgehoben. Für die Anwendung dieses Grundsatzes ist künftig die bundesweit einheitliche Änderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 142 Abs. 2 und 8 Satz 1 maßgeblich.

Außerdem wird die unterschiedliche Vergütung von Leistungen eines Vertragsarztes mit Sitz im früheren Bundesgebiet für Versicherte einer Krankenkasse mit Sitz im Beitrittsgebiet im Vergleich zu Leistungen für Versicherte einer Krankenkasse mit Sitz im früheren Bundesgebiet aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Durch die Neuregelung wird den gemäß § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V gesetzlich zugelassenen Gesundheitseinrichtungen (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) ermöglicht, über die am 1. Oktober 1992 vorgehaltenen Fachgebiete hinaus weitere Fachgebiete in ihr Versorgungsangebot aufzunehmen, sofern für die betreffende Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die Neuregelung ist erforderlich, da das Bundessozialgericht eine Erweiterung des Versorgungsangebots um weitere Fachgebiete als mit dem geltenden Recht unvereinbar erachtet hat (Urteil vom 19. Juni 1996, Az. 6 RKa 46/95), an der Weiterentwicklung der Einrichtungen jedoch ein berechtigtes Interesse besteht. In beschränktem Umfang ist eine Abweichung von dem Strukturwandelgebot des § 311 Abs. 10 SGB V hinzunehmen, damit die Einrichtungen sich im Rahmen des festgestellten Bedarfs an veränderte Versorgungsbedürfnisse anpassen können. Bei Fachambulanzen mit Dispensareauftrag ist eine Ausweitung des Versorgungsan-

gebots nur zulässig, wenn dadurch der ursprüngliche Dispensareauftrag qualitativ nicht erweitert wird.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu § 77 Abs. 3

Zu Nummer 129 (§ 313a)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 311 Abs. 1 Buchstabe a) und § 142 Abs. 8 SGB V. Die Vorschrift vermeidet Rechtsunsicherheiten bei der Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V.

Zu Artikel 2 (Änderung SGB III)**Zu Nummer 1 (§ 26 SGB III)**

Die Vorschrift stellt klar, daß Postulanten und Novizen, die in der Zeit ihrer Ausbildung für den Dienst in einer geistlichen Genossenschaft noch nicht zu deren satzungsmäßigen Mitgliedern zählen, der Versicherungspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit unterliegen und damit ihrem sozialen Schutzbedürfnis entsprechend in den Schutz der Arbeitslosenversicherung einbezogen sind. Damit werden Unklarheiten über die Versicherungspflicht dieser Personen, die aufgrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 1996 – 12 RK 2/96 – deutlich geworden sind, und eine damit verbundene teilweise uneinheitliche versicherungsrechtliche Beurteilung der Betroffenen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung beseitigt und die frühere Rechtspraxis wiederhergestellt. Das gleiche gilt für Angehörige ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit ihrer Ausbildung für den Dienst in einer solchen Gemeinschaft.

Zu Nummer 2 (§ 135 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 26 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. Die Vorschrift regelt, daß der Bemessung des Arbeitslosengeldes arbeitsloser ehemaliger Novizen und Postulanten bzw. vergleichbarer Angehöriger ähnlicher religiöser Gemeinschaften für die Zeit ihrer Ausbildung ein Betrag zu Grunde zu legen ist, der dem Wert der während der Ausbildung gewährten Geld- und Sachbezüge entspricht.

Zu Nummer 3 (§ 207a Abs. 1 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen und zuvor in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Zu Nummer 4 (§ 345 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 26 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. Die Vorschrift regelt, auf welcher Grundlage die Beiträge, die für die Betroffenen zur Bundesanstalt für Arbeit zu entrichten sind, bemessen werden.

Zu Nummer 5 (§ 347 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 26 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. Die Beiträge für die Postulanten und Novizen während der Zeit ihrer außerschulischen Ausbildung tragen wie nach bisheriger Praxis allein die geistlichen Genossenschaften bzw. die ähnlichen religiösen Gemeinschaften.

Zu Nummer 6 (§ 349 SGB III)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 26 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 20)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neufassung des § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V und zur Einfügung des Absatzes 4a in § 5 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 25)**Zu Buchstabe a**

Mit dieser Änderung wird klargestellt, daß ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der sozialen Pflegeversicherung bei der Ermittlung des für die Familienversicherung maßgebenden Gesamteinkommens des Ehegatten die auf Kindererziehungszeiten beruhenden Rentenbestandteile nicht zu berücksichtigen sind und die Einkommensgrenze bundeseinheitlich mindestens 630 DM beträgt. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist dies bereits durch eine Änderung des § 10 Abs. 1 Nr. 5 SGB V im Rahmen des Rentenreformgesetzes 1997 (BGBl. I S. 2998) sowie durch die Einfügung des § 309 Abs. 6 SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24. März 1999 (BGBl. I S. 388) geregelt worden. Entsprechend dem Grundsatz „Pflege folgt Krankenversicherung“ verfährt die Praxis auch in der Pflegeversicherung bereits in diesem Sinne, mit diesen Änderungen wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit die für die Praxis notwendige eindeutige Rechtsgrundlage geschaffen.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Änderung wird die in § 10 Abs. 1 SGB V vorgenommene Änderung der Regelung über die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in das Recht der Pflegeversicherung übernommen.

Zu Nummer 3 (§ 27)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 5 Abs. 10 SGB V. Ebenso wie für die private Krankenversicherung wird auch für die private Pflegepflichtversicherung unter den im Gesetz genannten Voraussetzungen ein Recht auf Neuabschluß eines Versicherungsvertrages zu den Bedingungen eingeräumt, die ohne die vorangegangene Kündigung des Vertrages bestehen würden.

Zu Nummer 4 (§ 61)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung entspricht der Neufassung der in § 258 SGB V enthaltenen Regelungen. Für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem eingefügten § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind und einen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsschutz haben, wird ein Beitragszuschuß zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ebenso wie zur privaten Krankenversicherung vorgesehen.

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Neufassung der in § 257 Abs. 2a SGB V enthaltenen Regelungen. Mit diesen Änderungen wird der sachlich gebotene Gleichklang der Regelung über den Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag für Beschäftigte mit der entsprechenden Zuschußregelung zum Pflegeversicherungsbeitrag hergestellt.

Zu Nummer 5 (§ 97)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Änderung des § 276 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

Zu Buchstabe b

Die bisherigen Verweisungen auf Vorschriften des SGB XI werden durch die Verweisung auf § 276 Abs. 2 Satz 6 SGB V ergänzt. Bei der Ergänzung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 276 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung des Satzes 2.

Zu Nummer 6 (§ 110)

Folgeänderung zur Änderung des § 25 Abs. 1 SGB XI. Sie stellt sicher, daß für die Prämienvergünstigung von Ehegatten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die gleichen einkommensmäßigen Voraussetzungen gelten wie für die Familienversicherung des Ehegatten in der sozialen Pflegeversicherung.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu Nummer 1** (§ 7)**Zu Buchstabe a**

Während die Beteiligungsrechte der Krankenkassen an der Krankenhausplanung der Länder unverändert bleiben, werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen in die Investitionsplanung der Länder vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2007 stärker als bisher einbezogen; in den neuen Ländern greift die Regelung im Hinblick auf Artikel 14 des

Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (Krankenhausinvestitionsprogramm für die neuen Länder von 1995 bis 2004) erst ab 2005. Die Länder haben über das Investitionsprogramm mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Einvernehmen herzustellen. Im Konfliktfall entscheidet eine durch das jeweilige Land und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemäß Absatz 3 gebildete Schiedsstelle. Im Hinblick auf die alleinige Finanzierung der Einzelfördermaßnahmen durch das jeweilige Land liegt die Letztentscheidung beim Land, das sich somit auch über eine Schiedsstellenentscheidung hinwegsetzen kann. Freilich wird ein Land in aller Regel eine Schiedsstellenentscheidung respektieren.

Zu Buchstabe b

Absatz 3 enthält die erforderlichen Regelungen zur Bildung der Schiedsstelle für die gemeinsame Investitionsplanung von Land und Krankenkassen in den Jahren 2000 bzw. 2005 bis 2007. Aus der Verweisung auf die Verfahrensregelungen nach § 18a Abs. 3 und 4 für die Landesschiedsstelle (§ 18a Abs. 1) folgt insbesondere, daß die Schiedsstelle ihre Entscheidungen mit der Mehrheit der Mitglieder trifft und, falls sich keine Mehrheit ergibt, die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt. Der Berufung des Vorsitzenden kommt also erhebliche Bedeutung zu; sie erfolgt durch den Präsidenten des Landessozialgerichts, falls sich beide Seiten nicht einigen.

Absatz 4 enthält als Folgeregelung zur einvernehmlichen Investitionsplanung zwischen dem Land und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Haftungsregelung für den Fall einer Kündigung durch die Krankenkassen gemäß § 110 SGB V. Die Haftung ist an mehrere Voraussetzungen geknüpft:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben in den Jahren 2000 bzw. 2005 bis 2007 der Förderung des betreffenden Krankenhauses durch das Land zugestimmt. Seit der Aufnahme in das Investitionsprogramm sind nicht mehr als 15 Jahre vergangen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben den Versorgungsvertrag des betreffenden Krankenhauses ganz oder teilweise gekündigt mit der Folge, daß die Investitionsmaßnahme für die stationäre Versorgung GKV-Versicherter bedeutungslos geworden ist, und der weiteren Folge, daß das Land gegen den Krankenhausträger wegen nicht vollständig abgeschriebener Investitionen nach Landesrecht einen (teilweisen) Rückzahlungsanspruch erworben hat. Das Land hat die Kündigung beanstandet, die Kündigung ist aber gleichwohl wirksam geworden, weil die Krankenkassen mit ihrer Klage gegen die Beanstandung obsiegt haben. Die Krankenkassen können schließlich nur in dem Umfang in Anspruch genommen werden, in dem der Rückzahlungsanspruch des Landes nicht aus dem Verwertungserlös des Krankenhauses befriedigt werden kann.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haften dem Land nicht als Ge-

samtschuldner, also nicht jeweils in vollem Umfang, sondern nur anteilig.

Zu Nummer 2 (§ 8)

Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Die Vorschrift begrenzt die bisherige Investitionsförderung der Länder nach § 9 Abs. 1 und 3.

Zu Buchstabe a

Die bisherige Einzelförderung von Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 wird zum Jahresende 2007 eingestellt. Ab dem 1. Januar 2008 werden dafür Investitionskostenanteile in das neue Vergütungssystem einbezogen (vgl. Nummer 7, § 17c Abs. 4). Die Mehrbelastungen der Krankenkassen werden durch die Länder ausgeglichen, indem sie den Krankenkassen deren Aufwendungen für die Sterbegeld- und Mutterschaftsgeldleistungen erstatten.

Zu Buchstabe b

Die bisher pauschal nach Betten oder Fällen zugewiesenen Mittel werden im Jahr 2003 in die neuen Entgelte nach § 17c einkalkuliert und auf diesem Wege von den Krankenkassen bezahlt. In einer Übergangszeit von 2003 bis 2007 leisten die Länder weiterhin Ausgleichszahlungen an die Krankenkassen. Im Jahr 2003 überweisen sie die für die Pauschalförderung im Jahr 1998 aufgewandten Mittel (vgl. Nummer 7, § 17c Abs. 4); in den Folgejahren werden diese Beträge in fünf gleich hohen Jahresraten stufenweise bis auf Null reduziert.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift regelt im Zusammenhang mit der Überführung der pauschalen Fördermittel das Verfahren für die Ausgleichszahlungen der Länder an die Krankenversicherungen. Sie bestimmt zudem, daß die Weiterleitung der Ausgleichszahlungen an die kostentragenden Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen, des Verbandes der Ersatzkassen sowie die Unternehmen der privaten Krankenversicherung nach den gleichen Maßstäben wie die Ausgleichszahlungen der Länder an die Krankenversicherungen erfolgt.

Zu Nummer 4 (§ 16)

Die Vorschrift paßt die Formulierung für die Rechtsgrundlage der Bundespflegesatzverordnung sprachlich an die grundlegende Umstellung der Krankenhausfinanzierung an, die mit der Einführung eines Vergütungssystems und der monistischen Finanzierung vorgenommen wird. Künftig wird nicht mehr von Pflegesätzen, sondern von Entgelten für Krankenhausleistungen gesprochen. Die hierfür erforderlichen weiteren Änderungen sind zum 1. Januar 2003 in einer neuen Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 KHG vorzunehmen (vgl. Nummer 7, § 17c Abs. 7).

Zu Nummer 5 (§ 17)**Zu Buchstabe a**

Die bisherige Vorschrift wird an die Einführung des neuen landesweiten Gesamtbetrags für die Vergütung der Krankenhausleistungen nach § 17b angepaßt. Die Höhe der Pflegesätze aller Krankenhäuser im Land wird durch den Gesamtbetrag begrenzt. Die finanziellen Mittel müssen leistungsgerecht auf die Krankenhäuser verteilt werden. Dabei sind Unterschiede in Leistungsstruktur und -umfang sowie in der medizinischen Behandlung und Pflege angemessen zu berücksichtigen. Für das Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses gibt es dagegen eine Veränderungsrate als Obergrenze, wie sie bisher in § 6 der Bundespflegesatzverordnung vorgegeben war, nicht mehr (vgl. Artikel 5 Nummer 10).

Die Neufassung der Vorschrift berücksichtigt den Übergangszeitraum bis zum Jahresende 2002, in dem es weiterhin die bisher geltenden Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die krankhausindividuell zu bemessenden Abteilungspflegesätze und den Basispflegesatz gibt. Sie enthält darüber hinaus die grundsätzlichen Vorgaben für die Zeit ab Einführung des neuen Vergütungssystems im Jahr 2003.

Zu Buchstabe b

Die für die Jahre 1993 bis 1995 geltende Vorschrift zur Begrenzung der Krankenhausbudgets wird gestrichen.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, daß die Vorschriften für die derzeit geltenden Fallpauschalen und Sonderentgelte nur bis zur Einführung des neuen vollständigen Vergütungssystems in Kraft bleiben. Die Entwicklung und Pflege des neuen Systems regelt der neue § 17c KHG.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung der Streichung des § 18b; vgl. Nummer 9. Investitionsverträge nach § 18b, die vor dem 1. Juli 1999 geschlossen wurden, bleiben unberührt.

Zu Buchstabe e

Die Vorschrift hebt die zeitliche Begrenzung der Instandhaltungspauschale für große Instandhaltungsmaßnahmen an Gebäuden und Außenanlagen auf. Mit Einführung des neuen Vergütungssystems werden die entsprechenden Beträge in die Entgelte inkalkuliert. Es wird bestimmt, daß die Mittel zweckgebunden zu verwenden und entsprechende Nachweise aufzustellen sind.

Zu Nummer 6 (§ 17a)**Zu Buchstabe a**

Die datenschutzrechtlichen Befugnisse des Medizinischen Dienstes, die bisher in § 17a Abs. 2 geregelt waren, werden detailliert in § 275a SGB V vorgegeben.

Zu Buchstabe b

Die bis Ende 1999 befristete Vorgabe für den pauschalen Fehlbelegungsabzug wird gestrichen. Der Betrag steht den Krankenhäusern ab dem Jahr 2000 jedoch nicht zusätzlich zur Verfügung. Der landesweite Gesamtbetrag für das Jahr 2000 ist auf der Grundlage der um den Fehlbelegungsabzug abgesenkten Krankenhausbudgets des Jahres 1999 zu vereinbaren (Artikel 7 § 2 Satz 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes). Die Krankenhausbudgets 1999 werden höchstens um die für das Jahr 2000 vorgegebene Rate verändert; vgl. Nummer 7 (§ 17b Abs. 3 Satz 1 KHG).

Zu Nummer 7 (§ 17b)

Absatz 1 schreibt die Vereinbarung eines „landesweiten Gesamtbetrags“ durch die Verbände der Krankenversicherung vor. Er bildet die Obergrenze für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen im Land. In diesen Gesamtbetrag einbezogen sind die Leistungen für alle Patienten, für die das Budget des einzelnen Krankenhauses gilt, also auch privatversicherte und selbstzahlende Patienten. Der Gesamtbetrag darf höchstens um die Rate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V verändert werden; ausgenommen sind Leistungsverlagerungen zwischen dem ambulanten Versorgungsbereich, der Krankenhausversorgung und dem Rehabilitationsbereich. Aufgrund dieser Ausnahme kann der Gesamtbetrag flexibel an Veränderungen angepaßt werden, die sich im Rahmen der Globalbudgets der Krankenkassen ergeben oder die von den Krankenkassen gefördert werden. Die Selbstverwaltung wird damit in die Lage versetzt, dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“, Rechnung zu tragen. Nicht in den Gesamtbetrag einbezogen sind die Vergütungen für das ambulante Operieren, die vor- und nachstationäre Behandlung und die aus dem Budget ausgegliederte Behandlung ausländischer Patienten, die auch bisher außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet wurden. Ebenso umfaßt der Gesamtbetrag nicht die im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes für die neuen Bundesländer geleisteten Finanzhilfen. Aus dem Gesamtbetrag sind die Zuschläge zu Entgelten aufgrund eines Restrukturierungsvertrags nach § 17c Abs. 6 KHG zu leisten. Erforderliche Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre sind weiterhin durchzuführen.

Die Krankenkassen müssen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern sicherstellen, daß der landesweite Gesamtbetrag durch die Verhandlungsergebnisse nicht überschritten wird. Dazu können sie sowohl die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen und Fehlbelegungsprüfungen als auch die mit diesem Gesetz eröffneten Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser sowie der neuen Integrationsverträge nach § 140b SGB V nutzen. Mittelfristig werden die Möglichkeiten zur Kündigung von Krankenhäusern und Abteilungen sowie die stärkeren Mitsprachemöglichkeiten bei der Bestimmung des Leistungsangebots der Krankenhäuser zu Einsparungen führen. Eine nicht abwendbare Überschreitung des landesweiten Gesamtbetrags infolge der Ergebnisse der Pflegesatzvereinbarungen für die einzelnen Krankenhäuser

ser ist ggf. im Rahmen des Globalbudgets der Krankenkassen auszugleichen. Satz 7 zweiter Halbsatz gibt vor, daß von dem vereinbarten Gesamtbetrag ein gesonderter Teilbetrag abzuzweigen ist, der für die Vergütung nicht vereinbarter Mehrleistungen (Mehrerlöse; vgl. Absatz 2) reserviert ist. Bei der prospektiven Vereinbarung der Erlösbudgets der Krankenhäuser darf demnach nur der um den Teilbetrag verminderte Gesamtbetrag verwendet werden.

Absatz 2 stellt klar, daß – wie bisher – Mehrlöse eines Krankenhauses gegenüber dem Vereinbarungsergebnis anteilig zurückzuzahlen sind (vgl. Artikel 5 Nummer 10). Die Vorschrift bestimmt darüber hinaus, daß die Summe der den Krankenhäusern aufgrund dieser Regelung verbliebenen Mehrlösanteile aus dem gesonderten Teilbetrag nach Absatz 1 Satz 7 finanziert werden. Überschreiten diese Mehrlösanteile nach Abzug entsprechender Minderlösanteile anderer Krankenhäuser den reservierten Teilbetrag, werden die den Krankenhäusern verbleibenden Mehrlösanteile entsprechend abgesenkt.

Absatz 3 bestimmt die Höhe des Gesamtbetrags für das Jahr 2000, soweit keine Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind. Grundlage sind die Krankenhausbudgets des Jahres 1999. Diese werden infolge des Wegfalls des pauschalen Fehlbelegungsabzugs nach § 17a Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG in Höhe von rd. 1 Mrd. DM nicht erhöht, um die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu gefährden. Satz 3 schreibt vor, daß die Gesamtbeträge für das Jahr 2003 zusätzlich, d. h. über eine mögliche Erhöhung um die Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V hinaus, um die von den Ländern im Jahr 1998 jeweils für Pauschalförderung aufgewandten Beträge erhöht werden. Damit wird die Übernahme der bisherigen pauschalen Fördermittel in einer Größenordnung von insgesamt ca. 2,3 Mrd. DM in die neuen Entgelte im Gesamtbetrag berücksichtigt. In den Folgejahren wird dieser zusätzliche Betrag in fünf gleich hohen Jahresraten stufenweise bis auf Null reduziert. Satz 4 gibt eine weitere zusätzliche Erhöhung der Gesamtbeträge zum 1. Januar 2008 um insgesamt 2,8 Mrd. DM für die Übernahme der Einzelförderung in die Entgelte vor; in dieser Höhe werden die Krankenkassen entlastet, weil die Länder die Leistungen für Sterbegeld und Mutterschaftsgeld dauerhaft übernehmen. Der Anteil, der auf den einzelnen landesweiten Gesamtbetrag entfällt, ergibt sich aus dem Verhältnis der im einzelnen Land finanzierten Einzelfördermaßnahmen zur Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen in Höhe von ca. 4,5 Mrd. DM.

Zu Nummer 7 (§ 17c)

Der neue § 17c bestimmt, daß mit einjähriger paralleler Vorlaufphase zum 1. Januar 2003 ein vollständiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen ist. Die Vorschrift legt die Grundzüge des Vergütungssystems fest, überläßt die Entwicklung und Einführung des Systems jedoch – wie bisher – den Verbänden der Selbstverwaltung auf der Bundesebene. Der Gesetzgeber gibt der Selbstverwaltung vor, daß sie ein umfassendes Vergütungssystem zu entwickeln hat, des-

sen Fallgruppen Komplexitäten und Comorbiditäten berücksichtigen und dessen Differenzierungsgrad praktikabel ist. Bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge sind für diejenigen Fälle zu vereinbaren, in denen allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt. Dies gilt insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige und mit den Landesverbänden der Krankenversicherungen nach § 18 Abs. 2 vereinbarte Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Um die Aufnahme von Begleitpersonen abrechnen zu können, ist auch hierfür bundeseinheitlich ein Zuschlag zu vereinbaren. Das Verfahren zur Bestimmung der Entgelthöhe wird in der Bundespflegesatzverordnung vorgegeben, nachdem die Selbstverwaltung bis zum 31. Oktober 2000 die Entscheidung über die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems getroffen hat. Die prospektiv festzulegende Entgelthöhe ist künftig so festzulegen, daß der nach § 17b KHG vereinbarte landesweite Gesamtbetrag eingehalten wird. Bei der Vereinbarung sind somit außer der Entgelthöhe auch die voraussichtlich abzurechnenden Leistungsarten und -mengen zu berücksichtigen. Die vorgegebene Entgelthöhe ist künftig ein „Höchstpreis“, der bei den krankhausindividuellen Budget-/Pflegesatzverhandlungen unterschritten werden kann. Dies eröffnet die Möglichkeit, insbesondere bei Ausweitung des Umsatzvolumens einzelner Krankenhäuser über Preisnachlässe zu verhandeln.

Die Vorschriften des Absatzes 2 entsprechen grundsätzlich den bisherigen Vorgaben für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems in § 17 Abs. 2a KHG. Zusätzlich wird klargestellt, daß sich die Selbstverwaltung für die Einführung des Entgeltsystems an einem international bereits eingeführten und in der Praxis erprobten System zu orientieren hat.

Absatz 3 gibt der Selbstverwaltung für die Entwicklung und Einführung des Vergütungssystems einen zeitlichen Rahmen vor. Danach sind die Grundstrukturen des Systems einschließlich der Fallgruppen und des Bewertungsverfahrens bis zum 31. Oktober 2000 zu vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2000 durch Rechtsverordnung (vgl. Absatz 5). Das neue Vergütungssystem ist bis zum Jahresende 2001 fertig zu entwickeln und einschließlich der Bewertungsrelationen für die Entgelthöhe zu vereinbaren. Bis zu diesem Zeitpunkt sind auch die organisatorischen und EDV-technischen Voraussetzungen bei Krankenkassen und Krankenhäusern zu schaffen und das Personal entsprechend zu schulen. Dies wird nur möglich sein, wenn die Vertragsparteien sich bei der Gestaltung des Entgeltsystems an einem bereits eingeführten und in der Praxis erprobten System orientieren und dieses an die Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems anpassen. Das neue System wird ab dem 1. Januar 2002 flächen-

deckend in allen Krankenhäusern erprobt. Mit dem Übergang zum neuen Vergütungssystem werden die bisher noch krankenhausesindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätze abgelöst durch landesweit oder regional gültige Höchstpreise. Krankenhäuser, die mit ihren Kosten bisher höher liegen, müssen ab dem 1. Januar 2003 mit den niedrigeren Entgelten auskommen. Eine Ausnahme ist für Krankenhäuser vorgesehen, die aufgrund struktureller Besonderheiten mit den Entgelten nicht kostendeckend arbeiten können und mit denen sog. Restrukturierungsverträge geschlossen werden (vgl. Artikel 5 Nummer 10, § 12 Abs. 1).

Absatz 4 regelt die Einführung der monistischen Finanzierung. Die bisher mit Fördermitteln der Länder finanzierten Investitionskosten werden schrittweise von den Krankenkassen übernommen. Zum 1. Januar 2003 werden die Mittel für kurzfristige Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen (bisherige Pauschalförderung) in die Entgelte einbezogen. Zum 1. Januar 2008 werden die Mittel der bisherigen Einzelförderung eingerechnet. Die Erhöhung der landesweiten Gesamtbeträge regelt § 17b Abs. 3 (Nummer 7). Nach Satz 3 können die Investitionsanteile in den Entgelten nicht von Universitätskliniken abgerechnet werden.

Absatz 5 regelt die Konfliktlösung für den Fall, daß sich die Vertragspartner der Selbstverwaltung nicht einigen können. Dabei entscheidet über die Grundstrukturen des Systems und das Bewertungsverfahren das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung. Über alle anderen Tatbestände entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, daß die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können. Mit der Einführung des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b, des neuen pauschalierenden Entgeltsystems und der monistischen Finanzierung werden entscheidende Weichenstellungen vorgenommen. Von den Krankenhäusern und deren Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden. Gleichwohl können auch Krankenhäuser, die für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlich sind, aufgrund struktureller Besonderheiten Schwierigkeiten bei der Umstellung haben, weil sie mit den neuen Entgelten nicht kostendeckend arbeiten können. Ihnen wird in einem befristeten Zeitraum die Möglichkeit gegeben, sich an die neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Absatz 6 schreibt vor, daß für solche Krankenhäuser ein Restrukturierungskonzept erstellt wird und gibt bestimmte vertraglich zu regelnde Einzelheiten vor. Während der Laufzeit eines entsprechenden Restrukturierungsvertrags zahlen die Krankenkassen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags Zuschläge zu den Entgelten, um das Weiterarbeiten des Krankenhauses zu ermöglichen. Durch eine Abstimmung mit dem Investitionsprogramm des Landes soll eine Fehlleitung von Mittel vermieden und erforderlichenfalls die Bereitstellung von Investi-

tionsmitteln für die Umstrukturierung ermöglicht werden.

Absatz 7 verpflichtet den Ordnungsgeber, zum Zeitpunkt der Einführung des neuen Vergütungssystems die Bundespflegesatzverordnung an das neue Entgeltsystem anzupassen und als Entgeltverordnung weiterzuführen (vgl. Nummer 4).

Zu Nummer 8 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Die Regelung wird an das seit Jahren bestehende Pflegesatzrecht angepaßt, nach dem das Krankenhausbudget die maßgebende Vergütung für die Krankenhausleistungen ist; die Pflegesätze einschließlich der Fallpauschalen und Sonderentgelte haben demgegenüber hauptsächlich die Funktion von Abschlagszahlungen auf das Budget. Darüber hinaus wird der Änderung Rechnung getragen, daß die Landesverbände der Krankenkassen gesetzlich zu Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung bestimmt werden.

Zu Buchstabe b

Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung werden die Landesverbände der Krankenkassen. Nachdem viele Kassenarten sich ohnehin landesweit zusammengeschlossen haben, wird diese Entwicklung nachvollzogen. Die Vereinbarung auf der Landesebene soll darüber hinaus sicherstellen, daß bei den Verhandlungen für die einzelnen Krankenhäuser die landesweite Gesamtvergütung eingehalten wird.

Zu Buchstabe c

Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Anpassung vor. Doppelbuchstabe bb ist eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG sowie eine redaktionelle Anpassung.

Zu den Buchstaben d und e

Redaktionelle Anpassung (vgl. Buchstabe a).

Zu Nummer 9 (§ 18b)

Im Rahmen des neuen landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b würden Rationalisierungsverträge nach § 18b künftig dazu führen, daß Rationalisierungsinvestitionen bei einigen Krankenhäusern zu einer Verringerung der Mittel für die Krankenbehandlung bei den übrigen Krankenhäusern führen würden. Im Hinblick auf die ab 2003 über das neue Vergütungssystem erfolgende Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen ist zudem eine auf individuelle Fälle abstellende Regelung nicht mehr systemkonform. Schließlich ist die Möglichkeit, mit Hilfe eines Rationalisierungsvertrags nach § 18b von den Krankenkassen Finanzmittel für die Durchführung von Rationalisierungsinvestitionen zu erhalten, in der Praxis bisher kaum umgesetzt worden. Die Vorschrift wird deshalb aufgehoben.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Bundespflegesatzverordnung wird nur insoweit verändert, als dies für die neuen Vorgaben zum jetzigen Zeitpunkt notwendig ist. Die Einführung des neuen, vollständigen Vergütungssystems macht weitreichende Änderungen der Bundespflegesatzverordnung und deren Überführung in eine moderne Entgeltverordnung erforderlich. Dies kann erst durch eine gesonderte Rechtsverordnung mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2003, dem Zeitpunkt der Einführung des Vergütungssystems, durchgeführt werden.

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Änderung; vgl. Nummer 10.

Zu Nummer 2 (§ 3)**Zu Buchstabe a**

Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1 vor. Doppelbuchstabe bb paßt die allgemeinen Vorgaben für die Entgeltbemessung an die Einführung eines landesweiten Gesamtbetrags an, mit dem künftig alle Krankenhausleistungen im Land vergütet werden. Doppelbuchstabe cc hebt Satz 4 auf; die Vorgabe zur Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung wird in den neuen § 12 Abs. 1 übernommen. Doppelbuchstabe dd) paßt Satz 5 an die neue Vorgabe des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b KHG an.

Zu Buchstabe b

Die Doppelbuchstaben aa und bb nehmen redaktionelle Änderungen infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1 vor. Doppelbuchstabe cc hebt die Möglichkeit auf, Krankenhausbudgets ohne Vorlage von Unterlagen und ohne Verhandlungen über die zu erbringenden Leistungen pauschal fortzuschreiben. Sie paßt weder zu dem Grundgedanken des Globalbudgets, in dessen Rahmen die Versorgung der Patienten flexibler organisiert werden soll, noch zu der Vorgabe leistungsorientierter Verhandlungen und Vergütung im Krankenhausbereich.

Zu Buchstabe c

Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 3 (§ 5)**Zu Buchstaben a und b**

Änderungen infolge der Neufassung von § 12 Abs. 1.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG.

Zu Nummer 4 (§ 6)

Die sehr detaillierte Vorschrift zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird durch neue, flexiblere Vorgaben in § 12 Abs. 1 ersetzt.

Zu Nummer 5 (§ 7)**Zu Buchstabe a**

Doppelbuchstabe aa nimmt in Absatz 1 Satz 1 eine Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1 vor. Doppelbuchstabe bb paßt Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 zweiter Teilsatz an die Verlängerung der Instandhaltungspauschale und den Wegfall des Fehlbelegungsabschlags an.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 6 (§ 8)

Redaktionelle Änderungen infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 7 (§ 9)

Redaktionelle Änderungen infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 8 (§ 10)

Es wird klargestellt, daß die allgemeinen Krankenhausleistungen mit einem Erlösbudget vergütet werden, das in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17b KHG neben den tagesgleichen Pflegesätzen auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte beinhaltet.

Zu Nummer 9 (§ 11)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG.

Zu Buchstabe b

Die bisherigen Vorgaben zu den Mehr- oder Mindererlös-Ausgleichen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten werden aufgehoben und ersetzt durch die einheitliche, auch für tagesgleiche Pflegesätze geltende Regelung des § 12 Abs. 4.

Zu Nummer 10 (§ 12)

§ 12 wird an die Vorgabe des § 17b KHG zur Einführung eines landesweiten Gesamtbetrags für die Krankenhausvergütung angepaßt.

Absatz 1 Satz 1 schreibt die Vereinbarung eines Erlösbudgets vor, das Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze umfaßt. Dieses muß nach den Vorgaben des § 3 BPflV leistungsgerecht sein, was jedoch „Preisnachlässe“ nicht ausschließt. Satz 2 bestimmt, daß das Erlösbudget so zu vereinbaren ist, daß die Summe der Erlösbudgets aller Krankenhäuser im Land den landesweiten Gesamtbetrag abzüglich des gesonderten Teilbetrags für die Finanzierung nicht vereinbarter Mehrleistungen (§ 17b Abs. 1 Satz 6 zweiter

Halbsatz KHG) nicht überschreitet. Satz 3 gibt vor, welche Faktoren von den Vertragsparteien bei der Budgetvereinbarung zu berücksichtigen sind. Durch die Aufzählung wird klargestellt, daß neben budgeterhöhenden Faktoren auch budgetmindernde Faktoren (z. B. Bereinigung um entfallende Leistungen aufgrund ambulanter Leistungserbringung) zu berücksichtigen sind. Es wird klargestellt, daß die Erlösbudgets für im Rahmen der neuen Integrationsverträge erbrachte Leistungen der Krankenhäuser zu bereinigen sind. An die Begrenzung des Erlösbudgets aller Krankenhäuser im Land durch den landesweiten Gesamtbetrag ist auch die Schiedsstelle gebunden (vgl. Nummer 17).

Absatz 2 Satz 1 schreibt das Erlösabzugsverfahren, das bisher die Regel war, verbindlich vor. Die bisherige Möglichkeit der Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 2 und 3 wird aufgehoben, da sie nicht in das neue Konzept zur Vereinbarung von Leistungsspektren und Leistungsmengen im Rahmen eines krankenhausindividuellen Erlösbudgets, das mit der Rahmenplanung und dem landesweiten Gesamtbetrag abgestimmt werden muß, paßt. Soweit bei wirtschaftlichen Krankenhäusern das Erlösabzugsverfahren zu einem nicht mehr leistungsgerechten Restbudget führt, sind nach Satz 2 entsprechende Abschläge von den Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vereinbaren; vgl. auch die Einführung von „Höchstpreisen“ durch Artikel 4 Nummer 7 (§ 17c Abs. 1 KHG). Satz 3 gibt wie bisher eine Kostenausgliederung für die Behandlung von Blutern vor; die Vergütung dieser im Einzelfall sehr teuren Behandlung erfolgt mit Sonderentgelten außerhalb des Erlösbudgets und wird nicht in den Erlösausgleich nach Absatz 4 einbezogen.

Die Vorschrift des Absatzes 3 entspricht der des bisherigen Absatzes 7. Sie ermöglicht eine Neuverhandlung des Krankenhausbudgets bei wesentlichen Änderungen der „Geschäftsgrundlage“.

Absatz 4 bestimmt wie bisher den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen, die gegenüber dem prospektiv vereinbarten Erlösbudget entstanden sind. Da alle Erlösarten als Abschlagszahlungen auf das Erlösbudget anzusehen sind, wird bei den Ausgleichen nicht mehr zwischen Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen andererseits unterschieden. Dies vereinfacht die Ausgleichsvorschriften erheblich; § 11 Abs. 8 und der bisherige § 12 Abs. 5 werden aufgehoben. Der Mehrerlösausgleich in Höhe von 80 Prozent dürfte dem gewichteten Durchschnitt der bislang unterschiedlichen Ausgleichs-Prozentsätze entsprechen. Bei Mindererlösen werden künftig 40 statt 50 Prozent ausgeglichen. Damit soll dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“ stärker entsprochen werden, ohne jedoch die grundsätzliche Finanzierung der für den Pflegesatzzeitraum vereinbarten Vorhaltung des Krankenhauses aufzugeben. Geringere Rückzahlungsquoten werden für Mehrerlöse in der Transplantationsmedizin vorgegeben, soweit die Leistungen einen Sachmittelanteil von über 50 Prozent haben; hier wird die bisherige Regelung beibehalten, bis eine Neuregelung im Rahmen des neuen Vergütungssystems vorgenommen wird.

Zu Nummer 11 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 16 Abs. 3.

Zu Nummer 12 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Klarstellung, daß der Aufnahmetag immer abzurechnen ist. Die Vorschrift, daß der vollstationäre Entlassungs- oder Verlegungstag nicht berechnet wird, gilt nicht für einen Tag, der gleichzeitig Aufnahmetag ist.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 11 Abs. 8 sowie redaktionelle Änderung aufgrund der Neufassung des § 12 Abs. 4.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung aufgrund der Verlängerung der Instandhaltungspauschale.

Zu Buchstabe d

Entsprechend der Vorschrift des § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB V bestimmt Absatz 13, daß ein Abschlag von den Pflegesätzen vorzunehmen ist, wenn das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhält.

Zu Nummer 13 (§ 15)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 6.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, daß diese Vorschrift nur für die derzeitigen Entgeltkataloge nach § 17 Abs. 2a KHG gilt.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung der Aufhebung des § 6 und der entsprechenden Neufassung des § 15 Abs. 1.

Zu Nummer 14 (§ 16)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Vorschrift zur prospektiven Vereinbarung der Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte wird an die neuen Vorgaben zu den Globalbudgets der Krankenkassen und dem landesweiten Gesamtbetrag nach § 17b KHG angepaßt. Die Vertragsparteien werden an die Einhaltung des Gesamtbetrags gebunden. Dabei

ist auch die voraussichtliche Entwicklung im Bereich des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 zu berücksichtigen. Die Verpflichtung zur prospektiven Einhaltung des Gesamtbetrags kann bei einer Erhöhung der Leistungsmengen, d. h. der Zahl der voraussichtlich abzurechnenden Fallpauschalen und Sonderentgelte, zu einer prospektiv zu vereinbarenden Absenkung der Punktwerte führen.

Zu Buchstabe b

Von der Möglichkeit, ein landeseinheitliches pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren, ist in der Praxis aufgrund der Schwierigkeit seiner Ermittlung und der relativ geringen Entgelthöhe kein Gebrauch gemacht worden. Die Vorschrift wird deshalb aufgehoben.

Zu Buchstabe c

Doppelbuchstaben aa und bb betreffen Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung des § 16 Abs. 3.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des § 16 Abs. 3.

Zu Nummer 15 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Folgeänderungen aufgrund der Einbeziehung der Fallpauschalen und Sonderentgelte in das neue Erlösbudget nach § 12 Abs. 1.

Zu Buchstabe b

Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Buchstabe c

Doppelbuchstabe aa) betrifft eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG sowie eine Folgeänderung aufgrund der geänderten Anlagenzählung durch den Wegfall der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge (vgl. Nummern 24 und 25). Doppelbuchstabe bb) bezieht sich auf Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 BpflV (geltende Fassung).

Zu Buchstabe d

Doppelbuchstabe aa ist eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG. Doppelbuchstabe bb nimmt Folgeänderungen aufgrund der Aufhebung der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 BpflV (geltende Fassung) vor.

Zu Buchstabe e

Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 16 (§ 18)

Änderung infolge der Neufassung des § 12 Abs. 1.

Zu Nummer 17 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa ist eine redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12. Durch Doppelbuchstabe bb wird auch die Schiedsstelle an die Vorgabe zur Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags gebunden.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 18 (§ 20)

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12.

Zu Nummer 19 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 12.

Zu Buchstabe b

Änderung infolge der Aufhebung des § 11 Abs. 8.

Zu Nummer 20 (§ 23)

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1.

Zu Nummer 21 (§ 26)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 vor. Doppelbuchstaben bb und cc sind Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung aufgrund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG.

Zu Buchstaben c und d

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 vor.

Zu Nummer 22 (§ 28)

Streichung der nicht mehr benötigten Übergangsvorschriften.

Zu Nummer 23 (Anlagen 1 und 2)

Seit dem 1. Januar 1998 ist die Selbstverwaltung auf der Bundesebene für die Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge zuständig (§ 17 Abs. 2a KHG). Die Kataloge sind nicht mehr Teil der Bundespflegesatzverordnung. Sie werden deshalb gestrichen.

Zu Nummer 24 (Anlage 3)

Die Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ ist Verhandlungsunterlage für die Budget-/Pflegesatzverhandlungen des einzelnen Krankenhauses. Sie muß an die veränderten Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung, insbesondere das neue Erlösbudget nach § 12 und den Wegfall der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte, angepaßt werden.

Zu Buchstabe a

Der Abschnitt „K 5 Budget für den Pflegesatzzeitraum“ wird an die im Verordnungstext vorgenommenen Änderungen angepaßt. Doppelbuchstabe aa berücksichtigt den Wegfall des bisherigen § 12 Abs. 5. Doppelbuchstabe bb verweist auf die neue Fundstelle des bisherigen § 12 Abs. 7. Doppelbuchstabe cc streicht die Zeile für den entfallenden Ausgleich nach § 11 Abs. 8 sowie für die nicht mehr benötigten Ausgleichs aufgrund von Übergangsvorschriften. Die Doppelbuchstaben dd und ee stellen redaktionell klar, daß sich die Zeilen auf den neuen Begriff „Restbudget“ beziehen. Doppelbuchstabe ff streicht eine nicht mehr benötigte Zeile für den aufgehobenen Ausgleich nach § 12 Abs. 5.

Zu Buchstabe b

Der Abschnitt „K 6 Ermittlung des Basispflegesatzes ...“ werden durch die Doppelbuchstaben aa und cc redaktionelle Anpassungen an den Begriff „Restbudget“ vorgenommen. Doppelbuchstabe bb fügt – entsprechend Zeile 13 in Abschnitt „K 5“ – eine bisher fehlende Zeile für die Instandhaltungspauschale ein.

Zu Buchstabe c

In Abschnitt „K 7 Ermittlung des Abteilungspflegesatzes ...“ wird – entsprechend Zeile 13 in Abschnitt „K 5“ – durch Doppelbuchstabe aa eine bisher fehlende Zeile für die Instandhaltungspauschale eingefügt. Doppelbuchstabe bb nimmt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe d

Da die Kostenausgliederung der Fallpauschalen und Sonderentgelte aus dem Krankenhausbudget aufgehoben wird (§ 12), wird auch das entsprechende Kalkulationsblatt „K 8“ aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Klarstellung vor. Doppelbuchstabe bb streicht aufgrund der Aufhebung der Kostenausgliederung von Fallpauschalen und Sonderentgelten die bisherige zeitliche Begrenzung.

Doppelbuchstabe cc streicht einen Hinweis auf die aufgehobene Ausgleichsregelung nach § 12 Abs. 5 (alt). Doppelbuchstabe dd nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor und streicht eine Vorgabe zur Kostenausgliederung von Fallpauschalen. Doppelbuchstabe ee streicht eine Vorgabe zur Kostenausgliederung von Sonderentgelten. Doppelbuchstabe ff streicht einen Hinweis zur aufgehobenen Ausgleichsvorschrift nach § 12 Abs. 5. Doppelbuchstabe gg hebt eine Vorschrift zur Kostenausgliederung von Fallpauschalen auf. Doppelbuchstabe hh hebt eine Vorschrift zur Kostenausgliederung von Fallpauschalen auf. Doppelbuchstaben ii bis ll streichen eine Vorschrift im Zusammenhang mit der Kostenausgliederung von Fallpauschalen.

Zu Nummer 25 (Anlage 4)

Aufgrund des Wegfalls der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge (bisherige Anlagen 1 und 2) wird Anlage 4 zu Anlage 2. Sie bleibt unverändert.

Zu Artikel 6 (§§ 10, 10a KSVG)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 7 (Änderung KVLG)

Folgeänderung zur Einfügung des § 200c in die Reichsversicherungsordnung.

Zu Artikel 8 (KVLG 1989)**Zu Nummer 1** (§ 2 Abs. 8)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 5 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2 (§ 3a Nr. 1)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die bewirkt, daß die Neuregelung zur Versicherungsfreiheit auch für die Versicherten nach dem KVLG 1989 gilt.

Zu Nummer 3 (§ 6 Abs. 1 Nr. 2)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 9 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die bewirkt, daß die Neuregelung zur freiwilligen Versicherung auch in der Krankenversicherung der Landwirte gilt.

Zu Nummer 4 (§ 7 Abs. 2)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Anfügung des Absatzes 6 an § 309 SGB V durch das Gesetz zur Neuordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse. Die Regelung stellt klar, daß in den neuen Ländern die Einkommensgrenze von 630 DM auch für die sonstigen Angehörigen gilt, die durch Satzungsregelung ihrer Krankenkasse in die Familienversicherung einbezogen sind.

Zu Nummer 5 (§ 16a)

Die Vorschrift regelt das Globalbudget für die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Die Vorgaben des § 142 SGB V sind entsprechend anzuwenden.

Zu Nummer 6 (§ 23)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den Text des § 2 Abs. 1 Nr. 4, der durch das Agrarsozialreformgesetz 1995 mit Wirkung ab 1. Januar 1995 geändert worden ist. Der Inhalt der Vorschrift wird nicht verändert.

Zu Nummer 7 (§ 37 Abs. 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse. Durch die Anrechnung der für Altenteiler gezahlten Pauschalbeiträge vermindert sich der Zuschußbedarf seitens des Bundes.

Zu Nummer 8 (§ 59)

Die Vorschrift ist als Übergangsvorschrift entbehrlich geworden, weil durch das Agrarsozialreformgesetz 1995 eine inhaltsgleiche Vorschrift in § 2 Abs. 7 als Dauerregelung eingeführt wurde.

Zu Artikel 9 (§ 11 Abs. 5 BVFG)

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung zur Einführung der Kassenwahlrechte, die für versicherungspflichtige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall ab 1997 wirksam wird (Artikel 1 Nr. 116 des Gesundheitsstrukturgesetzes). Mit der Änderung werden den Berechtigten grundsätzlich die gleichen Kassenwahlmöglichkeiten wie den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eingeräumt. Die Regelung berücksichtigt, daß Allgemeine Ortskrankenkassen keine Basiskassenfunktion mehr haben und einseitige Aufgabenzuweisungen an einzelne Kassenarten mit den wettbewerblichen Zielen des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht vereinbar sind.

Da die Krankenversorgung für diesen Personenkreis im Regelfall nur für einen begrenzten Übergangszeitraum geleistet wird, ist die Beschränkung der Wahlrechte auf eine einmalige Kassenwahl ohne weitere Wechselmöglichkeiten sachgerecht. Sie dient auch der Verwaltungsvereinfachung. Die fehlende Wechselmöglichkeit ergibt sich daraus, daß die Vorschrift nur auf § 175 Abs. 1 SGB V – nicht jedoch auf § 175 Abs. 4 SGB V – verweist. Wird das Wahlrecht von Berechtigten in Einzelfällen nicht ausgeübt, gilt die Krankenkasse als gewählt, bei der die Kostenübernahme von Leistungen beantragt wird.

Zu Artikel 10 (Sozialgerichtsgesetz)**Zu Nummer 1** (§ 51)

Künftig soll für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung von Versorgungsverträgen auch von Plankrankenhäusern und der Beanstandung der Kündigung

der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet werden (Folgeregelung zur Änderung des § 110 Abs. 2 SGB V). Vor den Verwaltungsgerichten anhängige Verfahren aufgrund einer Kündigung von Versorgungsverträgen, die für Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken gelten, bleiben hiervon unberührt.

Die Rechtswegzuweisung für Streitigkeiten in Angelegenheiten nach § 122 SGB V entfällt; § 122 SGB V wurde durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) aufgehoben.

Zu Nummer 2 (§ 87)

Es handelt sich um eine erforderliche Folgeänderung zur Änderung des § 85 Abs. 3 Satz 1 durch das 5. SGGÄndG vom 30. März 1998, nach der Widerspruchsbescheide nicht mehr zugestellt werden müssen, sondern eine Bekanntgabe ausreicht.

Zu Artikel 11 (GKV-SolG)**Zu Nummer 1**

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Nummer 2

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz sieht eine Mitfinanzierungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für die ersten beiden Startjahre 1999 und 2000 vor; dabei gibt das Gesetz nicht nur die Höhe des monatlichen Förderbetrages, sondern auch die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen in diesen beiden Jahren vor. Damit die fünfjährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolgreich weitergeführt werden kann, ist auch nach Ablauf dieses Zeitraums eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen notwendig. Da derzeit die zukünftig erforderliche Höhe des Förderbetrages und die Anzahl der zu fördernden Stellen nicht abgeschätzt werden kann, wird die Umsetzung im einzelnen in den zweiseitigen Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt.

Zu Artikel 12 (Reichsversicherungsordnung)**Zu Nummer 1**

§ 200 Abs. 1 zweiter Halbsatz RVO regelt bisher die zeitlichen Anspruchsvoraussetzungen für das Mutterschaftsgeld (mindestens zwölf Wochen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder mindestens zwölf Wochen Bestehen des Arbeitsverhältnisses innerhalb einer Rahmenfrist von Beginn des zehnten bis zum Ende des vierten Monats vor der Entbindung). Für junge Berufsanfängerinnen nach einem Studium, die als Arbeitnehmerinnen schwanger werden, sind diese zeitlichen Anspruchsvoraussetzungen häufig nicht erfüllbar. Ohne Anspruch auf Mutterschaftsgeld entfällt auch der

Arbeitgeberzuschuß nach § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes während der Mutterschutzfristen vor und nach der Geburt mit der Folge, daß als einzige Einkommenssicherung die Sozialhilfe übrig bleibt. Auch wenn die betroffene Personengruppe nicht allzu groß ist, bedeutet für jede schwangere junge Arbeitnehmerin der Verlust des Mutterschaftsgeldes und des Arbeitgeberzuschusses eine persönliche Härte.

Angesichts der heutigen Arbeitsmarktsituation scheidet die Gefahr des Rechtsmißbrauchs durch eine junge schwangere Arbeitnehmerin aus.

Zu Nummer 2 (§ 200 c)

Mit dieser Regelung werden die Zusatzbelastungen, die den Krankenkassen durch die vollständige Monistik entstehen, abgedeckt. Im Zusammenhang mit der Erstattungsregelung für Sterbegeldzahlungen (§ 58 Abs. 2 SGB V) ist auf der Basis 1998 von insgesamt etwa 2,8 bis 2,9 Mrd. DM auszugehen.

Zu Nummer 3 (§ 355)

Folgeänderung der zum 1. Januar 1996 eingeführten neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen.

Zu Nummer 4 (§ 357)

Folgeänderung der zum 1. Januar 1996 eingeführten neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen.

Zu Nummer 5 (§ 414b)

Zu Buchstaben a und b

Klarstellung, daß auch bei den Landes- und Bundesverbänden der Krankenkassen keine neuen Angestelltenverhältnisse begründet werden können, die der Dienstordnung unterliegen sowie Folgeänderung zu der zum 1. Januar 1996 eingeführten neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen.

Zu Artikel 13 (ASRG 1995)

Die Regelung bewirkt, daß die bisherigen Beitragsbemessungsmaßstäbe in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) erhalten bleiben. Inzwischen liegen die ersten Erfahrungen mit dem durch das ASRG 1995 geschaffenen neuen Beitragsmaßstab für die Landwirtschaftliche Alterssicherung vor. Eine Übertragung dieser Grundlagen auf die LKV, wie sie im ASRG 1995 mit Wirkung vom 1. Januar 1999 vorgesehen ist, könnte zu Umstellungsproblemen führen. Da die bisherigen Beitragsbemessungsmaßstäbe in der LKV sich aber allseitiger Akzeptanz erfreuen, besteht keine Notwendigkeit zu ihrer Änderung.

Zu Artikel 14 (2. GKV-NOG)

Aufgrund der in Artikel 12 vorgesehenen Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 (ASRG 1995) ist die in Artikel 5 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes angeordnete

Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 gegenstandslos geworden.

Zu Artikel 15 (Änderung des VAG)

Zu Nummer 1 (§ 12)

Die Änderung führt einen Beitragszuschlag in der substitutiven Krankheitskostenversicherung ein, der der Aufstockung der Alterungsrückstellung dient. In ihrem Gutachten ist die Expertenkommission zu dem Ergebnis gekommen, daß zwar auch künftig die Kopfschäden noch stärker steigen werden als die allgemeine Entwicklung der abhängigen Einkommen und die allgemeine Inflationsrate. Die Kommission prognostizierte, daß künftig langfristig die Kopfschäden noch jährlich um ca. 1 v. H. stärker steigen werden als die allgemeine Einkommensentwicklung und ca. 2 v. H. stärker als die allgemeine Inflationsrate.

Die Probleme der Beitragssteigerung im Alter zeigen sich vor allem bei der substitutiven Krankheitskostenversicherung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß dem Versicherten bei einer Kündigung von Zusatzversicherungen der Basisschutz der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt. Der Beitragszuschlag wird daher auf die substitutive Krankheitskostenversicherung beschränkt und auf die gezillmerte Bruttoprämie bezogen, die in Anhang I Teil A der Kalkulationsverordnung definiert ist. Jugendliche, die in der substitutiven Krankenversicherung mitversichert sind, werden im Rahmen der Berufsausbildung häufig versicherungspflichtig und scheiden dann aus der substitutiven Krankenversicherung aus. Daher wird der Beitragszuschlag erst ab dem 21. Lebensjahr vorgesehen.

Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen, die nur zeitlich beschränkt abgeschlossen werden, stellt sich die Problematik nicht.

Für Beihilfeberechtigte steigt in der Regel der Beihilfebemessungssatz mit Bezug der Beamtenversorgung auf 70 v. H. der beihilfefähigen Leistungen. Deshalb schließt der Beamte, der in seiner aktiven Zeit einen Beihilfebemessungssatz von 50 v. H. hat, für die fehlenden 50 v. H. einen Tarif mit einer Leistung von 30 v. H. sowie einen Tarif, aus dem bis zum Eintritt der Beamtenversorgung 20 v. H. der Rechnungsbeträge erstattet werden, ab. Da der Tarif mit einer Erstattung von 20 v. H. in der Regel mit dem Alter 65 endet, stellt sich für die Versicherten hinsichtlich dieses Tarifs die Frage der Beitragsentwicklung im Alter nicht. Satz 2 sieht daher vor, daß für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen sowie für die vorgenannten Beamtentarife, die, auch wenn sie wegen § 178a Abs. 4 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz unbefristet sind, regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, ein Beitragszuschlag nicht erforderlich ist.

Zu Nummer 2 (§ 12a; Direktgutschrift und ihre Verwendung)

Mit der Regelung in § 12a Abs. 2 erhalten die Versicherten eine Anwartschaft auf Prämienermäßigung im

Alter. Da dieses Finanzierungsverfahren eine längere Ansparzeit voraussetzt und die Versicherten, die bereits das 65. Lebensjahr überschritten haben, ebenfalls zusätzliche Finanzierungsmittel zur Begrenzung der Prämiensteigerung (Prämienverstetigung) benötigen, ergänzt das Verfahren nach Absatz 3 die langfristig angelegte Erhöhung der Alterungsrückstellungen in kurz- und mittelfristiger Hinsicht.

Die Direktgutschrift nach § 12a ist nicht an das Vorliegen eines insgesamt positiven Geschäftsergebnisses gebunden. Damit soll eine Saldierung der Zinsüberschüsse, die auf die Alterungsrückstellung entfallen, mit möglichen Verlusten aus der Schadenentwicklung oder aus dem Kostenverlauf ausgeschlossen werden. Die Versicherungsunternehmen verfügen noch über andere Ergebnisquellen. Hierzu gehören die Zinserträge auf die Schadenrückstellung, auf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung und auf das Eigenkapital sowie der Sicherheitszuschlag, der nach der Kalkulationsverordnung mindestens 5 v. H. der Prämien beträgt. Diese Ergebnisquellen können für einen eventuellen überrechnungsmäßigen Aufwand herangezogen werden.

Die Höhe der nach § 12a Abs. 1 zuzuführenden Direktgutschrift bemißt sich nach den auf die Alterungsrückstellung entfallenden Kapitalerträgen. Die Alterungsrückstellung selbst wird rechnungsmäßig mit 3,5 v. H. verzinst. Die von den Unternehmen erwirtschaftete durchschnittliche Nettoerndite liegt in der Regel darüber. Der den Rechnungszins von 3,5 v. H. übersteigende Teil stellt den „Überzins“ dar. Nach der bisherigen Regelung sind Mittel in Höhe von 80 v. H. dieses Überzinses, begrenzt auf maximal 2,5 v. H. der Summe der positiven Alterungsrückstellung, als sogenannte Direktgutschrift den Versicherten gutzuschreiben. Die Verteilung dieser Erträge erfolgt nach § 12a Abs. 2 und 3. Danach ist die Hälfte der Mittel allen Versicherten eines Tarifs direkt zuzuschreiben und als künftige oder sofortige Prämienermäßigung bzw. zur Limitierung von Beitragserhöhungen zu verwenden (§ 12a Abs. 2). Um diesen Betrag wird die Alterungsrückstellung im gleichen Geschäftsjahr erhöht. Die andere Hälfte kommt den am Bilanzstichtag mindestens 65jährigen Versicherten zugute und wird der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung zugeführt. Dieser Betrag ist innerhalb von 3 Jahren zur Beitragsermäßigung bzw. zur Begrenzung/Vermeidung von Beitragserhöhungen zu verwenden (§ 12a Abs. 3).

Die Begrenzung der Direktgutschrift auf maximal 80 v. H. des sogenannten Überzinses sowie die Deckelung auf 2,5 v. H. der vorhandenen positiven Alterungsrückstellung führen in Perioden mit steigenden bzw. hohen Zinsen, der erfahrungsgemäß Perioden mit erhöhter Geldentwertung vorangehen oder diese begleiten, zu einer verstärkten Auszehrung der aus den Prämienanteilen der Versicherungsnehmer finanzierten Alterungsrückstellungen. Selbst in ausgeprägten Niedrigzinsphasen, wie sie in der jüngsten Zeit zu beobachten sind, ist die 2,5 v. H.-Obergrenze wirksam geworden und verhindert damit eine höhere Aufstockung der Alterungsrückstellung. Vor diesem Hintergrund ist es zur Lösung der Prämienanstiegsproblematik erforderlich, die Erträge der

aus den die Alterungsrückstellung bedeckenden und aus den Sparanteilen der Versicherungsprämien finanzierten Kapitalanlagen in einem höheren Maße als bisher der Alterungsrückstellung zuzuführen. Die damit notwendigerweise verbundenen Einschränkungen des unternehmerischen Handlungsspielraums, diese Mittel entsprechend den geschäftspolitischen Zielen einzusetzen, z. B. für Barausschüttungen bei schadensfreiem Verlauf, müssen hingenommen werden, weil dem Unternehmen insoweit immer noch ein ausreichender Freiheitsgrad verbleibt.

Unternehmen, die vor wenigen Jahren gegründet worden sind, haben kaum ältere Personen versichert. Diese Versicherer sind daher in der Lage, allen Versicherten einen Zinsüberschuß von nahezu 2,5 v. H. zu geben, während die übrigen Unternehmen durch die Umverteilung ihren jüngeren Versicherten nur einen Zinsüberschuß von 1,25 v. H. gutschreiben können. Damit sind Versicherer, die länger am Markt sind, durch die jetzige gesetzliche Regelung im Wettbewerb benachteiligt. Die Benachteiligung wirkt sich gegen ihre jüngeren Versicherten aus. Neue Unternehmen werben nämlich mit dem Argument, daß bei ihnen alle Versicherten eine Zinsüberschußbeteiligung von 2,5 v. H. erhalten. Es ist daher erforderlich, die Abhängigkeit der Zinsüberschußbeteiligung von der Bestandszusammensetzung abzubauen. Dies kann allerdings nicht sofort im vollen Umfang verwirklicht werden, weil eine entsprechende Finanzierung für einen gewissen Zeitraum noch erforderlich ist. Die Alterungsrückstellung der heute bereits älteren Versicherten kann einen befriedigenden Beitragsverlauf im Alter noch nicht sicherstellen. Vor diesem Hintergrund sieht der Entwurf einen Abbau der nicht verursachungsgerechten Überschußbeteiligung innerhalb von 25 Jahren vor. Die Verwendung von 50 v. H. der Direktgutschrift aller Versicherten nur für die älteren Versicherten wird jährlich um 2 v. H. gesenkt und eine verursachungsgerechte Zinsüberschußbeteiligung für alle Versicherte eingeführt.

Der Abbau der nicht verursachungsgerechten Direktgutschrift muß auch wegen der zu erwartenden Veränderungen in der Altersstruktur der Privatversicherten erfolgen. Durch die Umverteilung der Direktgutschrift nach § 12a Abs. 3 erhalten die heute älteren Versicherungsnehmer eine Beitragsermäßigung, wie sie die heute jungen Versicherten ihrerseits im Alter nicht mehr erwarten können. Die heute jüngeren Versicherten erhalten aufgrund der neuen Regelung jährlich steigende Direktgutschriften, so daß die Beiträge der heute jungen in ihrem Alter nicht mehr durch die dann jüngeren Versicherten subventioniert werden müssen.

Zu Absatz 1 (Erhöhung der Direktgutschrift)

Die bisherige Begrenzung der Direktgutschrift auf 2,5 v. H. der Alterungsrückstellung führte bei einer Verzinsung der Alterungsrückstellung bedeckenden Kapitalanlagen von mehr als 6,62 v. H. zu einem Wirksamwerden der Begrenzung und ist aus den zuvor genannten Gründen aufzuheben. Die Erhöhung des Zuführungssatzes von 80 v. H. auf 90 v. H. hätte eine zusätzliche Zuführung in Höhe von 332 Mio. DM im Jahre

1995, 567 Mio. DM im Jahre 1996 und von 712 Mio. DM im Jahre 1997 zur Folge gehabt. Mit der Erhöhung der Direktgutschrift wird sichergestellt, daß diese Überszinsen in jedem Fall der Prämienverstärkung im Alter zugute kommen. Die Erfüllung der Solvabilitätsanforderungen der Unternehmen nach § 53c wird damit grundsätzlich nicht erschwert. Die erhöhte Direktgutschrift übersteigt in aller Regel nicht den Betrag, der nach § 81d ohnehin den Versicherten zuzuführen ist, da nur eine Verschiebung zugunsten der Direktgutschrift und zu Lasten der Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt.

Zu Absatz 2 (Dotierung der Alterungsrückstellungen)

Satz 1 stellt sicher, daß nur denjenigen Versicherten die Zinsüberschüsse, die auf den Beitragszuschlag entfallen, zugute kommen, die den Beitragszuschlag leisten. Satz 2 entspricht der bisherigen gesetzlichen Regelung. Satz 3 führt in einem Zeitraum von 25 Jahren zum Abbau der bereits festgestellten Ungleichbehandlung. Ein schnellerer Übergang zu einer voll verursachungsgerechten Direktgutschrift wäre jedoch nicht zweckmäßig. Auf absehbare Zeit werden noch zusätzliche Mittel benötigt (vgl. Absatz 3), um die Prämienzahlungen der über 65jährigen zu stabilisieren. Diese Versicherten haben bisher nur eine vergleichsweise geringe Direktgutschrift erhalten, die erst im Rahmen des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG eingeführt worden ist. Das Finanzierungserfordernis nimmt jedoch über den festgelegten Zeitraum von 25 Jahren kontinuierlich ab und ermöglicht damit sukzessive einen verstärkten Aufbau der verursachungsgerechten Direktgutschrift wie sie nunmehr in Absatz 2 vorgesehen ist.

Zu Absatz 2a (Verwendung der Direktgutschrift nach Absatz 2)

Die Vorschrift bestimmt die Art und Weise der Verwendung der nach Absatz 2 der Alterungsrückstellung zugeführten Beträge. Bisher waren die Unternehmen in der Verwendung dieser Mittel, insbesondere hinsichtlich des Wirksamwerdens für die Beitragsentlastung weitgehend frei, so daß die Entlastung z. B. bis zu einem Alter von 75 Jahren hinausgeschoben werden konnte. Nunmehr wird festgelegt, daß

- die Entlastungswirkungen mit der ersten Beitragsanpassung nach dem 65. Lebensjahr wirksam werden müssen (Satz 1),
- Beitragssenkungen grundsätzlich nicht stattfinden und bei vorhergehenden Prämienerrhöhungen nicht verbrauchte Beträge spätestens mit Vollendung des 80. Lebensjahres eingesetzt werden müssen (Satz 1 und 2),
- nach dem 80. Lebensjahr wie bisher die Direktgutschrift zur sofortigen Prämienenkung verwendet wird (Satz 2),
- wie bisher kann in der Pfllegetagegeldversicherung anstelle einer Prämienerrmäßigung eine Leistungserhöhung vorgenommen werden (Satz 3).

Zu Absatz 3 (Abschmelzen des Umlageverfahrens und Flexibilisierung der Verwendung)

Zur Begründung für die Abschmelzung des Umlageverfahrens wird auf die Ausführungen zu Absatz 2 verwiesen. Das Verfahren zur Verteilung des Betrages nach Absatz 3 wird im einzelnen in der Überschufverordnung vom 8. November 1996 (BGBl. I S. 1687) geregelt, die auf der Grundlage von § 12c Abs. 1 Nr. 3 erlassen worden ist.

Für die Altersgruppe der 55 bis 65jährigen besteht – wie auch die Expertenkommission festgestellt hat (vgl. Drucksache 13/4945 S. 24/25) – die Notwendigkeit, Beträge nach Satz 1 zu verwenden, da diese Versicherten nur für einen vergleichsweise kurzen Zeitraum in den Genuß der Direktgutschrift gekommen sind. Da die Verhältnisse bei den einzelnen Unternehmen und Tarifen sehr unterschiedlich sein können, gibt Satz 2 den Versicherungsunternehmen für den bezeichneten Übergangszeitraum die Möglichkeit, eine flexible Limitierung von Prämienanpassungen auch für unter 65jährige durchzuführen. Entsprechend dem abnehmenden Erfordernis derartiger Limitierungsmaßnahmen nimmt diese Möglichkeit jährlich linear um 0,5 Prozentpunkte ab.

Zu Nummer 3 (§ 12b)

Nach der Koalitionsvereinbarung ist eine Reform des Versicherungsvertragsrechts vorgesehen. Im Rahmen dieser Reform soll die Vorschrift aus rechtssystematischen Gründen in das Versicherungsvertragsgesetz übernommen werden.

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift erweitert die Zustimmungsrechte des Prämientreuhänders.

Dem Prämientreuhänder ist nach § 12b Abs. 1 die wichtige Aufgabe der Zustimmung zu Prämienänderungen in der privaten Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung übertragen worden. Die Mittel aus der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung nach § 12a Abs. 3 sowie diejenigen aus der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung nach § 81d sind für die Versicherten bestimmt. Der Betrag gemäß § 12a Abs. 3 wird bis zum Verwendungszeitpunkt unter der Bilanzposition „Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung“ ausgewiesen. Die tatsächlich von den Versicherungsnehmern mit Zustimmung des Prämientreuhänders zu zahlenden Prämien ergeben sich erst unter Berücksichtigung von Beitragsbegrenzungen. Diese Limitierungen werden durch Entnahme von Mitteln nach § 12a Abs. 3 aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung auf Dauer finanziert. Entsprechendes gilt für die Limitierungen, die aus Mitteln der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung finanziert werden, weil sich eine Verwendung für die Limitierung auf den Umfang der tatsächlich zu zahlenden Mehrprämie auswirkt. Für einen längeren Zeitraum wird es noch Bestände geben, die keinen Beitragszuschlag zahlen. Es ist deshalb erforderlich, die unterschiedlichen Bestände bei einer Limitierung gesondert zu betrachten. Vor dem Hintergrund des überragenden Ziels einer Prämienver-

stetigung ist es gerechtfertigt, die Zustimmung des Prämientreuhänders bei der Entnahme und Verwendung von Mitteln nach § 12a Abs. 3 vorzusehen. Nach § 12b Abs. 1 muß der Treuhänder jedoch bereits einer Beitragsanpassung zustimmen, wenn die dort genannten Voraussetzungen vorliegen, so daß ihm wegen des engen Sachzusammenhangs zweckmäßigerweise auch ein Mitspracherecht über die Verwendung der Mittel nach § 12a Abs. 3 eingeräumt wird.

Mit dem Zustimmungserfordernis bei der Entnahme aus der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung wird sichergestellt, daß ein ausreichender Anteil der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für Limitierungen zur Verfügung steht und nicht durch andere Verwendungszwecke (z. B. Barausschüttungen, Leistungserhöhungen) beeinträchtigt wird.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, auch die Kriterien für die vom Treuhänder durchzuführende Prüfung zu nennen. Für die Beurteilung der ausreichenden Wahrung der Belange der Versicherten und der Zumutbarkeit ist ein objektiv generalisierender Maßstab zugrunde zu legen.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift stellt sicher, daß das Unternehmen das Risiko einer schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation grundsätzlich nicht auf den Versicherungsnehmer abwälzen kann, wengleich ihm im übrigen die Möglichkeit der Prämienanpassung einzuräumen wäre. Das Risiko der schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation durch den Aktuar ist der Sphäre des Unternehmens zuzurechnen und muß daher aus Unternehmensmitteln finanziert werden, weil eine Finanzierung aus Mitteln des Versicherungsnehmers billigerweise nicht gefordert werden kann.

Zu Nummer 4 (§ 12e)

Bei § 12e handelt es sich um eine Übergangsvorschrift.

Die Übergangsvorschrift sieht in Übereinstimmung mit den Vorschlägen des Gutachtens der Unabhängigen Expertenkommission (Drucksache 13/4945 S. 8) vor, daß der Versicherungsnehmer bei bestehenden Verträgen grundsätzlich ebenfalls einen Prämienzuschlag zahlen muß. Um einen einmaligen starken Prämien sprung zu vermeiden, wird der Zuschlag jedoch erst allmählich gesteigert. Nach einer Übergangszeit wird auch hier im Regelfall der Prämienzuschlag von 10 v. H. erreicht.

Die nach Satz 1 Nr. 4 vorgesehene Möglichkeit, diesen Prämienzuschlag durch Einlegung eines Widerspruchs zu vermeiden, trägt dem Umstand Rechnung, daß ein Teil der Versicherungsnehmer bereits auf andere Weise, etwa durch Zusatzvereinbarungen im Bereich der privaten Krankenversicherung, Abschluß von Lebensversicherungsverträgen oder auch im Bereich der Vermögensanlage (z. B. Investmentfonds, Sparprogramme, Wohnungseigentum), Vorsorge für die Finanzierung der im Alter überproportional steigenden Prämien getroffen hat. Es gibt, wie die Unabhängige Expertenkommission (Drucksache 13/4945 S. 33) zutreffend ausgeführt hat, keinen tragenden Grund, diesen Personenkreis, der be-

reits hinreichend Eigenvorsorge getroffen hat, zu weiterer Vorsorge zu zwingen. Da eine Begrenzung des Prämienzuschlages auf diejenigen Versicherungsnehmer, die bisher keine hinreichende Eigenvorsorge betrieben haben, nicht möglich erscheint, muß in Kauf genommen werden, daß auch andere Versicherungsnehmer von dem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und möglicherweise Schwierigkeiten bekommen, ihre Prämien im Alter zu bezahlen.

Zu Nummer 5 (Anlage Teil D Abschnitt I)

Der Hinweis auf die Beitragssteigerungen in der Vergangenheit, die deutlich über der allgemeinen Inflationsrate lagen, ist erforderlich, um den Interessenten zu verdeutlichen – wie dies z. B. die Verbraucherzentralen raten –, daß die Versicherungsnehmer in jungen Jahren die möglicherweise gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung erzielten Beitragsersparnisse als private Rücklage ansammeln müssen, um Beitragserhöhungen der privaten Krankenversicherung gegebenenfalls aufzufangen zu können. Außerdem ist eine Information darüber erforderlich, daß mit dem Abschluß eines privaten Krankenversicherungsvertrages eine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung in der Regel nicht mehr gegeben sein wird.

Zu Nummer 6 (Anlage Teil D Abschnitt II)

Die Erweiterung der Verbraucherinformation aus Anlaß von Prämien erhöhungen während der Laufzeit einer substitutiven Krankenversicherung auf das Umstufungsrecht nach § 178f Versicherungsvertragsgesetz und den Standardtarif dient dem Verbraucherschutz. Der Versicherungsnehmer soll aufgrund einer verbesserten Informationsbasis die ihm zustehenden Rechte, in einen aus seiner Sicht günstigeren Tarif zu wechseln, auch tatsächlich in Anspruch nehmen können. Informationen über diese Rechte sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil ein Unternehmenswechsel, insbesondere bei langjährig Versicherten, nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist. Der Anstieg der Prämien macht sich besonders bei älteren Versicherten bemerkbar. Daher wird den Versicherern bei diesem Personenkreis eine zusätzliche Aufklärungspflicht hinsichtlich des Rechts auf Umtarifierung auferlegt. Dadurch, daß Tarife die zu einer Prämienersparnis führen, ausdrücklich benannt werden müssen, erhalten die Versicherungsnehmer konkrete Anhaltspunkte für eine prämiensenkende Umstufung. Um den Verwaltungsaufwand der Versicherer zu begrenzen, wird diese Regelung auf den Personenkreis der über 60jährigen beschränkt. Die verhaltene Nachfrage nach dem Standardtarif wird u. a. auch auf das fehlende Wissen um diese Alternative zurückgeführt. Deshalb werden die Versicherer verpflichtet, die Versicherten, die für diesen Tarif in Betracht kommen, auch auf diese Möglichkeit der Prämienersparung hinzuweisen. Der Entwurf greift damit einen Vorschlag der Unabhängigen Expertenkommission auf (vgl. Drucksache 13/4945 S. 113), die es für erforderlich gehalten hat, die festgestellte asymmetrische Informationsverteilung zu Lasten des Versicherungsnehmers über seine Rechte, Prämien erhöhungen zu entgegenen, auszugleichen.

Mit der Entscheidung für eines der beiden Krankenversicherungssysteme wird grundsätzlich eine lebenslange Bindung eingegangen, die erhebliche Bedeutung hat. Den privaten Versicherungsunternehmen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Konkurrenz um die „Freiwillig-GKV-Versicherten“ stehen, kann die Informationspflicht nicht auferlegt werden. Die amtliche Information ist zum Schutz des Verbrauchers erforderlich, da künftig die Wechselmöglichkeiten zwischen den Systemen noch weiter eingeschränkt werden und dem Bürger die Bedeutung seiner Entscheidung bewußt werden muß.

Zu Artikel 16 (§ 3 Abs. 1 RSAV)

Ebenso wie im ehemaligen Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner sind nach Abschluß eines Jahresausgleichs Routinekorrekturen der für die Vorjahre bereits gemeldeten Versicherungszeiten zu erwarten. Zur Vereinheitlichung des Korrekturverfahrens werden die Erhebungen der Versicherungszeiten für die jeweiligen zwei Vorjahre wiederholt. Die Regelung stellt klar, daß eine Wiederholung der Erhebung auch für weitere Vorjahre erfolgen kann, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen dies als zweckmäßig ansehen und vereinbart haben.

Zu Artikel 17 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1

Folgeregelung zur Änderung des § 95a SGB V.

Zu Nummer 2

Die Regelung ermöglicht es Vertragsärzten, die in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt worden sind, neben ihrer hauptamtlichen Vorstandstätigkeit ihre vertragsärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortzuführen, soweit dies den Vorstandsmitgliedern gemäß § 79 Abs. 4 Satz 4 SGB V in der Satzung gestattet ist. Die Professionalisierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung soll nicht zwangsläufig die vollständige Beendigung der Praxistätigkeit eines in den Vorstand gewählten Vertragsarztes nach sich ziehen. Vorteile der nach bisherigem Recht ehrenamtlichen Ausübung der Vorstandstätigkeit – fortbestehender Patientenkontakt, fachlicher Austausch mit anderen Leistungserbringern, Kenntnis der Auswirkungen von Entscheidungen auf die vertragsärztliche Tätigkeit – bestehen aufgrund dieser Regelung fort, sofern der Satzungsgeber hierfür in Abwägung mit den Erfordernissen einer hauptamtlichen Vorstandstätigkeit ein Bedürfnis sieht. Die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit erleichtert außerdem die vollständige Fortführung der Praxis nach Beendigung der hauptamtlichen Vorstandstätigkeit und erleichtert es deshalb Vertragsärzten, sich für eine hauptamtliche Vorstandstätigkeit zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 3

Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung können entweder an der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Wechsel zwischen diesen Versorgungsbereichen war nach bisherigem Recht jederzeit möglich, vgl. § 7 Abs. 1 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung. Zukünftig wird er vom Zulassungsausschuß nur noch dann genehmigt, wenn – wie bei einem Fachgebietswechsel z. B. von der Urologie zur Chirurgie – in dem gewählten (fachärztlichen oder hausärztlichen) Versorgungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Diese Neuregelung ist die Konsequenz daraus, daß der bereits im geltenden Recht bestehende Gliederungsauftrag des § 73 Abs. 1a SGB V durch die Gesundheits-Reform 2000 nun auch in § 101 Abs. 5 SGB V bedarfsplanungsrechtlich umgesetzt wird. Das heißt, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung bilden nicht mehr wie bisher mit den Internisten mit Schwerpunktbezeichnung planungsrechtlich eine gemeinsame Arztgruppe, sondern sie werden – funktionsbezogen – je nachdem, ob sie hausärztlich oder fachärztlich tätig sind, zusammen mit den Allgemeinärzten der (neuen) Planungsgruppen der Hausärzte oder zusammen mit den Internisten mit Schwerpunktbezeichnung der (neuen) fachärztlichen Planungsgruppe der Internisten zugerechnet. Aus dieser planungsrechtlichen Neugestaltung folgt, daß ein uneingeschränktes Wechseln von der fachärztlichen zur hausärztlichen Versorgung oder umgekehrt für die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung nicht mehr möglich ist, sondern nur noch dann zulässig ist, wenn für die gewählte (hausärztliche oder fachärztliche) planungsrechtliche Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist, der Planungsbereich für die gewählte Arztgruppe also nicht überversorgt ist.

Zu Artikel 18 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1

Die Regelung ermöglicht es Vertragszahnärzten, die in den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt worden sind, neben ihrer hauptamtlichen Vorstandstätigkeit ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortzuführen, soweit dies den Vorstandsmitgliedern gemäß § 79 Abs. 4 Satz 4 SGB V in der Satzung gestattet ist. Die Professionalisierung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung soll nicht zwangsläufig die vollständige Beendigung der Praxistätigkeit eines in den Vorstand gewählten Vertragszahnarztes nach sich ziehen. Vorteile der nach bisherigem Recht ehrenamtlichen Ausübung der Vorstandstätigkeit – fortbestehender Patientenkontakt, fachlicher Austausch mit anderen Leistungserbringern, Kenntnis der Auswirkungen von Entscheidungen auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit – bestehen aufgrund dieser Regelung fort, sofern der Satzungsgeber hierfür in Abwägung mit den Erfordernissen einer hauptamtlichen Vorstandstätigkeit ein Bedürfnis sieht. Die weitere Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

erleichtert außerdem die vollständige Fortführung der Praxis nach Beendigung der hauptamtlichen Vorstandstätigkeit und erleichtert es deshalb Vertragszahnärzten, sich für eine hauptamtliche Vorstandstätigkeit zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 2

Die Änderung ist zur Umsetzung der Richtlinie 78/686/EWG erforderlich. Durch die Änderung wird klargestellt, daß angestellte Zahnärzte aus Mitgliedsstaaten der EU oder aus Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, ebenso wie bereits nach geltendem Recht zugelassene Zahnärzte aus diesen Staaten, die zweijährige Vorbereitungszeit nicht nachweisen müssen.

Zu Artikel 19 (Änderung der Gebührenordnung für Ärzte)

Die Vorschrift begrenzt die Höhe der Gebühren für Leistungen, die bei der Behandlung von Versicherten eines brancheneinheitlichen Standardtarifs der privaten Krankenversicherung in den in § 257 Abs. 2a SGB V aufgeführten Variationen erbracht werden, bei Laborleistungen auf den 1,1fachen Gebührensatz, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses (überwiegend medizinisch-technische Leistungen) auf den 1,3fachen Gebührensatz und bei den übrigen Leistungen auf den 1,7fachen Gebührensatz. Diese Begrenzung entspricht den Erstattungsobergrenzen dieser Tarife und stellt damit für die in diesen Tarifen Versicherten sicher, daß ihnen hinsichtlich der ärztlichen Behandlung prinzipiell keine Selbstbehalte verbleiben.

Zwar ist grundsätzlich davon auszugehen, daß die Ärzteschaft die Empfehlung der Bundesärztekammer, die Erstattungsgrenzen des Standardtarifs zu berücksichtigen, weitestgehend beachtet, da dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, den Ärztekammern und dem PKV-Verband Beschwerden über die Nichtbeachtung der Erstattungsobergrenzen des Standardtarifs allenfalls in zu vernachlässigendem Umfang vorliegen. Allerdings ist derzeit jedoch auch die Zahl der nach dem Standardtarif Versicherten mit 1059 (Stand 31. Dezember 1997) bei insgesamt rd. 7 Millionen privat vollversicherten Personen noch verschwindend gering. Die Begrenzung des Gebührenrahmens bei Behandlung von Versicherten eines brancheneinheitlichen Standardtarifs soll für die zahlungspflichtigen Patienten bei einer durch die Verstärkung der sozialen Schutzfunktion dieser Tarife möglichen Zunahme der Zahl der Standardversicherten über eine rechtlich unverbindliche Empfehlung hinaus Rechtssicherheit gewährleisten.

Die Gebührenbegrenzung trägt dem besonderen Umstand der gesetzlichen Prämienbegrenzung für brancheneinheitliche Standardtarife nach § 257 Abs. 2a SGB V Rechnung und flankiert damit die soziale Schutzfunktion dieser Tarife. Vor diesem Hintergrund müssen ordnungspolitische Bedenken gegen eine gebührenrechtliche Differenzierung der Gebührenhöhe nach der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungstarif zu-

rücktreten. Für Versicherte in Tarifen der privaten Krankenversicherung, für die keine gesetzliche Begrenzung der Prämienhöhe besteht, ist eine entsprechende Gebührenbegrenzung nicht beabsichtigt.

Im Ergebnis tragen zur sozialen Schutzfunktion des Standardtarifs die Versicherten durch den Verzicht auf die – im Standardtarif nicht zusätzlich versicherbaren – Wahlleistungen im Krankenhaus, die PKV-Unternehmen durch die Prämienbegrenzung und die Ärzteschaft durch die Absenkung des Gebührenrahmens bei Standardtarifversicherten bei.

Zu Artikel 20 (Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Zur Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen zu Artikel 17 verwiesen.

Zu Artikel 21 (Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien)

Die Notwendigkeit einer Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien unter Wirksamkeits- und Kostenaspekten hat in der internationalen gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskussion in Verbindung mit Begriffen wie „Health Technology Assessment“ und „Evidence-based medicine“ eine zunehmende Anerkennung gewonnen und in einer Reihe von Ländern zur Errichtung von mit dieser Aufgabe betrauten Institutionen geführt. In Deutschland fehlt z. Z. noch eine institutionelle Verankerung der Bewertung medizinischer Technologien und der Verbreitung der Ergebnisse solcher Bewertungsverfahren. Im Vergleich zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern besteht hier ein erheblicher Rückstand. Dadurch wird auch die Implementierung des medizinisch-technischen Fortschritts im deutschen Gesundheitswesen behindert und verzögert; daraus können sich qualitative Defizite der medizinischen Versorgung ergeben. Die Errichtung des o. a. Informationssystems im DIMDI hat im Hinblick auf die damit verbundene Verbesserung der Rahmenbedingungen für die medizinisch-technische Industrie in Deutschland auch eine erhebliche industriepolitische Bedeutung.

Die in dem Informationssystem aufbereiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse sollen über das DIMDI grundsätzlich allen Beteiligten im Gesundheitswesen zugänglich sein, insbesondere den Institutionen der Selbstverwaltung im System der Gesetzliche Krankenversicherung und anderen Trägern der Sozialversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Ärzten, den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der medizinischen Forschung, nicht zuletzt auch den Versicherten und Patienten. Erkenntnisse über den Nutzen und die Kosten medizinischer Technologien haben Auswirkungen auf alle Träger der gesundheitlichen Versorgung, sei es durch Anwendung der Erkenntnisse im ärztlichen Diagnose- und Therapieverhalten, sei es durch entsprechende Leistungs- und Finanzierungsentscheidungen der betreffenden Träger.

Die Finanzierung des Informationssystems beim DIMDI erfolgt aus den Haushaltsmitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (Einzelplan 15). Eine Beteiligung der GKV an der Finanzierung wird geprüft. Ein Teil der Kosten soll durch Erhebung von Gebühren bei den Nutzern gedeckt werden.

Die Arbeit des DIMDI wird durch einen wissenschaftlichen Beirat und ein Kuratorium begleitet. In den wissenschaftlichen Beirat beruft das DIMDI ausgewiesene Wissenschaftler, deren Aufgabe die Beratung des DIMDI bei der Erfüllung dieser Aufgaben ist. Dem Kuratorium gehören vom BMG zu berufende Vertreter der maßgeblichen Verbände und Körperschaften im Gesundheitswesen an, die mit Fragen der Technologiebewertung in der Medizin befaßt sind.

Zu Artikel 22 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Zu Artikel 23 (Überleitungsvorschriften)

Zu §§ 1 bis 5 (Durchführung der Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

Es muß gewährleistet sein, daß mit Inkrafttreten der Regelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung am 1. Januar 2001 die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen dem neuen Recht entsprechend gewählt sind. Deshalb ist in §§ 1 bis 5 bestimmt, daß die nach § 77 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2001 geltenden Fassung bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlichen Organisationsänderungen und die Wahlhandlungen zum Verwaltungsrat und zum Vorstand bereits im Jahre 2000 durchgeführt werden.

Zu § ■ (Rückkehr in die private Krankenversicherung)

Die Übergangsvorschrift vermeidet eine verfassungsrechtlich problematische Rückwirkung der Neuregelung in § 5 Abs. 10 SGB V und § 2 Abs. 8 KVLG 1989 auf Verträge mit privaten Krankenversicherungsunternehmen, die vor dem 1. Januar 2000 beendet worden sind.

Zu § ■ (Ausschluß der Familienversicherung)

Die Übergangsvorschrift stellt sicher, daß Personen, die bereits aufgrund der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Regelung familienversichert sind, von der Neuregelung in § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfaßt werden. Die Regelung dient dem Vertrauensschutz der Betroffenen und trägt zur Rechtssicherheit bei.

Zu § ■ (Errichtungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen)

Durch das gegenwärtige Organisationsrecht der Krankenkassen werden Betriebs- und Innungskrankenkassen in mehrfacher, wettbewerblich relevanter Hinsicht gegenüber den anderen Kassenarten bevorzugt: So ist eine Neuerrichtung nur für Betriebs- und Innungskrankenkassen möglich. Außerdem können die Trägerarbeitgeber von Betriebskrankenkassen die Personalkosten der Betriebskrankenkasse übernehmen. Hierdurch wird der Beitragssatz der Betriebskrankenkasse um ca. 0,8 Beitragssatzpunkte entlastet, was ihr im Wettbewerb mit den anderen Krankenkassen einen entsprechenden Vorteil verschafft. Schließlich haben nur Betriebs- und Innungskrankenkassen die Möglichkeit, darüber zu entscheiden, ob sie sich durch Satzungsregelung für betriebs- oder innungsfremde Versicherte öffnen und hierdurch in vollem Umfang am Wettbewerb teilnehmen wollen. Somit ermöglicht das geltende Organisationsrecht einzelnen Krankenkassen Wettbewerbsvorteile, die in der Vergangenheit teilweise gezielt auch zur Selektion günstiger Risiken genutzt worden sind. Dies gilt vor allem für neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen, die durch Ausnutzung der organisationsrechtlichen Sonderrechte mit besonders günstigen Beitragssätzen in den letzten Jahren erhebliche Mitgliedergewinne zu Lasten anderer Krankenkassen erreichen konnten. Diese Mitgliederbewegungen vollzogen sich vor allem im Bereich der risikogünstigeren jüngeren Versicherten. Teilweise verfügen die neu gegründeten Betriebs- und Innungskrankenkassen über einen Rentneranteil von weniger als 3 v. H., manche sogar von weniger als 1 v. H. Die Neuerrichtung dieser Krankenkassen hat somit zu einer zunehmenden Ungleichheit in der Verteilung der Versicherungsrisiken zwischen den Krankenkassen beigetragen, deren finanzielle Auswirkungen durch den Risikostrukturausgleich nur teilweise kompensiert werden können. Diese wettbewerblichen Verwerfungen behindern die politisch erwünschten Steuerungsaufgaben des Kassenwettbewerbs, der zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung beitragen soll.

Um die vorhandenen Fehlsteuerungen zu beseitigen und den Wettbewerb der Krankenkassen in ökonomisch sinnvolle Bahnen zu lenken, ist eine umfassende Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen erforderlich. Diese bedarf einer gründlicheren politischen Diskussion und fachlichen Vorbereitung und soll daher einem weiteren Gesetzgebungsverfahren im Anschluß an diese Gesundheitsreform vorbehalten bleiben. Um zu verhindern, daß die bestehenden Wettbewerbsungleichgewichte zwischen den Kassenarten und die hiermit verbundenen Fehlanreize durch die Errichtung neuer Krankenkassen in der Zwischenzeit weiter verstärkt werden, sollen bis zum Inkrafttreten der vorgesehenen Organisationsreform keine weiteren Krankenkassen errichtet werden können. Die Ziele der Organisationsreform, die sich auf die Beseitigung der wettbewerblichen Verwerfungen und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung konzentrieren, würden ansonsten unterlaufen.

Das Errichtungsmoratorium tritt bereits am Tag der ersten Lesung in Kraft (Artikel ■ (Inkrafttreten) Absatz 1). Dieser vorgezogene Zeitpunkt des Inkrafttretens ist erforderlich, um Vorzieheffekte zu vermeiden. Es ist davon auszugehen, daß bei einem späteren Inkrafttreten der Regelung noch eine Vielzahl neuer Krankenkassen errichtet würden. Hierdurch würde die Regelung jedoch weitgehend leerlaufen. Bei laufenden Errichtungsverfahren gilt die Regelung nur insoweit, als das Abstimmungsverfahren unter den Beschäftigten nach § 148 Abs. 2 und § 158 Abs. 2 SGB V am ... (Tag der ersten Lesung) noch nicht durchgeführt worden ist. Hierdurch wird sichergestellt, daß die Vorschrift keine verfassungsrechtlich bedenkliche Rückwirkung entfaltet. Bis zum Vorliegen des Ergebnisses der Abstimmung besteht für den Arbeitgeber oder die Innung keine Sicherheit, daß die Voraussetzungen für die Errichtung der Krankenkasse vorliegen, so daß ein schutzwürdiges Vertrauen nicht gegeben ist. Aufwendungen für die neue Krankenkasse, wie die Einstellung von Personal, die Anmietung und Ausstattung von Räumen werden daher vorher noch nicht getätigt. Daher liegen bis zur Abstimmung noch keine Dispositionen vor, die durch das Errichtungsmoratorium entwertet werden könnten. Ist die Abstimmung dagegen an diesem Tag bereits abgeschlossen, kann die Errichtungsgenehmigung auch zu einem späteren Zeitpunkt noch erteilt werden.

Zu § 9 (Weitergeltung von Strukturverträgen)

Die Übergangsvorschrift soll sicherstellen, daß Verträge nach § 73a SGB bis zum Abschluß von Verträgen über integrierte Versorgungsformen fortgeführt werden können.

Bereits bestehende Netze und übergreifende Versorgungsformen können so befristet erhalten bleiben.

Zu Artikel 24 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 1 (Änderung § 173 Abs. 2 SGB V, Errichtungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen)

Das vorgezogene Inkrafttreten des § 173 Abs. 2 SGB V stellt sicher, daß bereits vom Tag der ersten Lesung an die Rücknahme einer Öffnungsentscheidung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen ausgeschlossen wird. Auch soll bereits von diesem Tag an die Genehmigung der Errichtung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen nicht mehr möglich sein. Hierdurch sollen Vorzieheffekte vermieden werden, die das Ziel der Vorschrift gefährden. Der vorgezogene Zeitpunkt des Inkrafttretens hat keine verfassungsrechtlich problematische Rückwirkung zur Folge. Laufende Errichtungsverfahren sind nur dann betroffen, wenn das Abstimmungsverfahren bei den Beschäftigten noch nicht durchgeführt worden ist. Dadurch ist sichergestellt, daß die Regelung nicht für Errichtungsverfahren gilt, bei denen der Arbeitgeber oder die Innung bereits schützenswerte Dispositionen getroffen haben (vgl. Begründung zu Artikel 23 § 8).

Zu Absatz 2

Das Inkrafttreten der Regelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung knüpft an die Regelung des Artikel 21 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes. Darin ist zur Vorbereitung der Umsetzung der Neuorganisation bereits vorgesehen, daß sich die Wahlperioden und die Amtsdauer der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf den 31. Dezember 2000 verlängern, soweit sie vor diesem Zeitpunkt enden.

Die Vorschriften des Zweiten Titels im Vierten Abschnitt des Achten Kapitels treten zum 1. Januar 2001 außer Kraft, da zu diesem Zeitpunkt die Ansprüche und Verpflichtungen der Krankenkassen aus der letztmaligen Durchführung dieses Finanzausgleichs ausgeglichen sind.

Zu Absatz 3

Die Regelungen der §§ 108ff. SGB V über die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung GKV-Versicherter werden – mit Ausnahme von § 109a, der neu eingefügt wird und wegen des erforderlichen Vorlaufs bereits zum 1. Januar 2000 in Kraft tritt – zum 1. Januar 2003 neu gefaßt (siehe Begründung zu §§ 108, 109, 110 SGB V).

Zu Absatz 4

Der unterschiedliche Zeitpunkt des Inkrafttretens trägt der Sonderregelung in Artikel 14 GSG (insbesondere Absatz 2 Satz 1: Aufstellung von Krankenhausinvestitionsprogrammen in den neuen Bundesländern von 1995 bis 2004) Rechnung.

Zu Absatz 5

Es ist davon auszugehen, daß ab 1. Januar 2006 neuzulassende Ärzte die Voraussetzung der fünfjährigen Weiterbildung für Allgemeinärzte erfüllen (vgl. Begründung zu § 95a). Die Regelungen, die die Zulassung an die Ableistung der fünfjährigen Weiterbildung knüpfen, treten deshalb am 1. Januar 2006 in Kraft.

Zu Absatz 6

Die aufgeführten Vorschriften zur Änderung des Verfahrens der Übermittlung, Annahme und Aufbereitung der Abrechnungsdaten der Leistungserbringer durch Datenannahmestellen der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Medizinischen Dienste nach § 278 sowie des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 282) sollen erst in Kraft treten, wenn sichergestellt ist, daß die hierfür erforderlichen personellen und technischen Voraussetzungen geschaffen worden sind.

Zu Absatz 7

Mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 34a SGB V tritt die geänderte Fassung des § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Kraft. Als Folgeänderungen entfallen die Regelungen über ausgeschlossene Arzneimittel in § 34 Abs. 2, 3 und 5 SGB V und zur Übersicht über ausge-

schlossene Arzneimittel nach § 93 SGB V sowie Bestimmungen zur Preisvergleichsliste in § 92 Abs. 2 Satz 3, 4 und 5 sowie Abs. 3 SGB V.

Zu Absatz 8

Durch das Außerkrafttreten der geltenden Bundespflegegesetzverordnung zum Jahresende 2002 wird dem Umstand Rechnung getragen, daß aufgrund der Umstellung der Krankenhausfinanzierung und der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems weitreichende Änderungen der Bundespflegegesetzverordnung und deren Überführung in eine moderne Entgeltverordnung erforderlich sind. Diese Änderungen können erst durch eine gesonderte Rechtsverordnung mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2003, dem Zeitpunkt der Einführung des neuen Vergütungssystems, durchgeführt werden.

Zu Absatz 9

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

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die Regelungen dieses Gesetzes führen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, ermöglichen die Realisierung von Einsparpotentialen und sichern die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Einzelnen ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

a) Finanzielle Auswirkungen ab dem Jahr 2000

Ab dem Jahr 2000 ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber 1999 folgende geschätzte Mehrbelastungen

- | | | |
|--|--------|-----------------|
| – Ausbau der Gesundheitsförderung | (2000) | ca. 180 Mio. DM |
| | (2001) | ca. 360 Mio. DM |
| – Absenkung der Zuzahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen | | ca. 50 Mio. DM |
| – Abschaffung der Mindestbeitragsregelung für freiwillig versicherte Kleinrentner | | ca. 100 Mio. DM |
| – Personal- und EDV-Kosten bei Verbesserung der Datentransparenz, Errichtung neuer Gremien und Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes | | ca. 100 Mio. DM |
| – Förderung von Selbsthilfegruppen | (2000) | ca. 20 Mio. DM |
| | (2001) | ca. 40 Mio. DM |
| – Unterstützung von Verbraucher- und Patientenberatungsstellen | | max. 10 Mio. DM |

- | | | |
|--|--------|------------------|
| – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern | | max. 10 Mio. DM |
| – Ausbau Gruppenprophylaxe in der zahnmedizinischen Versorgung | | ca. 10 Mio. DM |
| – Einführung einer ambulanten Soziotherapie | (2000) | ca. 125 Mio. DM |
| | (2001) | max. 250 Mio. DM |

Weitere aus dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz abgeleitete Mehrausgaben in Höhe von 72 Mio. DM ergeben sich aus der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Gesamtausgaben 2000 144 Mio. DM gegenüber 72 Mio. DM in 1999).

Mehreinnahmen ergeben sich im Jahr 2000 durch höhere Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung (ca. 600 bis 700 Mio. DM), die aus dem „Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse“ resultieren, das im gesamten Jahr 2000 zu geschätzten Beitragseinnahmen von ca. 2 Mrd. DM führt, gegenüber geschätzten 1,3 bis 1,4 Mrd. DM in 1999 (nach Inkrafttreten ab 1. April 1999).

Weitere Mehreinnahmen der Krankenkassen von ca. 220 Mio. DM im Jahr 2000 gegenüber 1999 ergeben sich aus der Aussetzung des Demographiefaktors in der Rentenversicherung durch das „Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte“.

Aus der ab 2000 vorgesehenen Verlängerung der Finanzierung der Instandhaltungsinvestitionen im Krankenhaus durch die Krankenkassen mit einem Finanzvolumen von ca. 800 Mio. DM ergeben sich gegenüber 1999 keine zusätzlichen Mehrbelastungen. Durch die mit dem Gesetz vorgesehene Beibehaltung der Absenkung der Krankenhausbudgets durch den bis 1999 befristeten Fehlbelegungsabschlag wird ab dem Jahre 2000 eine jährliche Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber 1999 von ca. 850 Mio. DM und der übrigen Kostenträger – insbesondere der privaten Krankenversicherung – von ca. 150 Mio. DM vermieden.

Insgesamt stehen geschätzten Mehrausgaben im Jahr 2000 von ca. 600 Mio. DM Mehreinnahmen von ca. 800 bis 900 Mio. DM gegenüber.

Die geschätzten Ausgaben der mit diesem Gesetz vorgesehenen Verlängerung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Weiterbildungskosten in der Allgemeinmedizin ab 2001 entsprechen dem aus dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz für das Jahr 2000 vorgesehenen Ausgabenvolumen von 144 Mio. DM.

b) Finanzielle Auswirkungen der monistischen Krankenhausfinanzierung

Bei einer schrittweisen Übernahme der pauschalen Fördermittel im Rahmen einer monistischen Krankenhausfinanzierung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrausgaben ab dem Jahr 2004 in einer Größenordnung von ca. 0,4 Mrd. DM im Jahr 2004, ca. 0,8 Mrd. DM in 2005, ca. 1,2 Mrd. DM in 2006, ca. 1,6 Mrd. DM in 2007 und ca. 2,0 Mrd. DM ab dem Jahr 2008. Für die übrigen Kostenträger, insbesondere die private Krankenversicherung, ergeben sich Mehrbelastungen von ca. 60 Mio. DM in 2004, ca. 120 Mio. DM in 2005, ca. 180 Mio. DM in 2006, ca. 240 Mio. DM in

2007 und ca. 300 Mio. DM ab 2008. Dabei wird davon ausgegangen, daß die von den Kostenträgern aufgewendete Summe insgesamt nicht ansteigt, da durch den Abbau von Fehlbelegungen, Überkapazitäten und weiteren Rationalisierungen die steigenden Pauschalen im Zeitablauf mindestens refinanziert werden können. Hierzu dienen insbesondere folgende Steuerungsinstrumente:

- die erweiterten Kündigungsmöglichkeiten von Versorgungsverträgen von Krankenhäusern durch die Krankenkassen
- die verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch integrierte Versorgungsverträge und die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen
- die mittelfristige Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems mit vereinbarten Mengen im Krankenhausbereich
- die Einführung eines prospektiven regionalen Gesamtbetrages für die Krankenhausvergütung

Durch die Übernahme der Einzelförderung der Krankenhäuser ergeben sich ab dem Jahr 2008 für die Kostenträger Zusatzbelastungen von ca. 2,8 Mrd. DM. Diese Zusatzbelastung wird ausgeglichen durch die dauerhafte Übernahme der Leistungen für Sterbegeld und Mutterschaftsgeld durch die Länder, aus der sich für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2008 eine Entlastung von ca. 2,8 Mrd. DM ergibt.

c) Weitere Einsparpotentiale

In den übrigen Versorgungsbereichen ergeben sich weitere kurz-, mittel- oder langfristige Einsparpotentiale aus folgenden strukturell wirksamen Maßnahmen:

- Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung durch umfassendes Qualitätsmanagement, Evaluation medizinischer Technologien sowie gezielteren Einsatz des Medizinischen Dienstes
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung zur Vermeidung unnötiger spezialärztlicher Diagnosen und Behandlungen
- Aufwertung der Prävention und Zahnerhaltung gegenüber Zahnersatz im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung
- Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung durch die Einführung einer Positivliste, die Umstellung der Arznei- und Heilmittelbudgets auf ein „Benchmarking-System“ sowie die gesetzliche Verpflichtung der Apotheken zur Abgabe von Re-Importarzneimitteln
- Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung eines effizienten Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Verminderung ärztlich erbrachter und ärztlich veranlaßten Leistungen durch Abbau der ambulanten Über-

versorgung im Rahmen einer kassenärztlichen Bedarfsplanung

- Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die Risikoselektionen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen vermeidet
- Einführung der ambulanten Soziotherapie für schwer psychisch Kranke, da hierdurch stationäre Aufenthalte vermieden werden können.

Aus der Gesamtheit dieser strukturell wirksamen Maßnahmen außerhalb des Krankenhausbereichs ergeben sich weitere Einsparpotentiale, die sich mittelfristig schrittweise auf eine Größenordnung von mehreren Milliarden DM aufbauen können. Durch die Erschließung solcher Einsparpotentiale ist davon auszugehen, daß auch Mehrbelastungen aufgrund des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts aufgefangen werden können.

2. Finanzielle Auswirkungen für Bund und Länder

Für den Bund ergeben sich finanzielle Mehrbelastungen ab dem Jahr 2000 aus der Einrichtung eines Instituts für die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Personalkosten und Sachmittel in einer Größenordnung von ca. 1,5 Mio. DM.

Die Bundesländer werden ab dem Jahr 2004 durch die Übernahme der pauschalen Investitionsförderung im Krankenhaus durch die Krankenkassen und die übrigen Kostenträger in folgenden Größenordnungen entlastet: 2004: ca. 0,46 Mrd. DM, 2005 ca. 0,92 Mrd. DM, 2006: ca. 1,38 Mrd. DM, 2007: ca. 1,84 Mrd. DM, ab 2008: ca. 2,3 Mrd. DM. Durch die Übertragung der Einzelförderung von Krankenhäusern auf die Krankenkassen und die übrigen Kostenträger entstehen weitere Minder Ausgaben in einer Größenordnung von ca. 4,5 Mrd. DM ab dem Jahr 2008. Diesen Entlastungen stehen Mehrausgaben für die Übernahme der Kosten für Sterbegeld und Mutterschaftsgeld ab dem Jahr 2008 von ca. 2,8 Mrd. DM gegenüber.

D. Preiswirkungsklausel

Das Gesetz begrenzt die Ausgabenentwicklung und stabilisiert das Beitragsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Einführung von Beitragszuschlägen für jüngere Privatversicherte im Rahmen der Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes ergeben sich Auswirkungen auf die Einzelpreise insoweit, als privater Krankenversicherungsschutz für diesen Personenkreis teurer wird. Die bestehenden Versicherungsverträge werden durch eine höhere Alterungsrückstellung vor Preissteigerungen geschützt. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.