

Beschlussempfehlung

des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschusses)

Zu dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) – Drucksachen 14/1245, 14/1721, 14/1977, 14/2215 –

Berichterstatter im Bundestag: **Abgeordneter Rudolf Dreßler**
Berichterstatter im Bundesrat: **Minister Peter Jacoby**

Der Bundestag wolle beschließen:

Das vom Deutschen Bundestag in seiner 66. Sitzung am 4. November 1999 beschlossene Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wird in die folgenden aus den Anlagen 1 und 2 ersichtlichen Gesetze

- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) – Anlage 1 –
- Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Anlage 2 –

aufgeteilt.

Gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 seiner Geschäftsordnung hat der Vermittlungsausschuss beschlossen, dass im Deutschen Bundestag über die beiden Gesetze getrennt, jedoch über jedes Gesetz jeweils insgesamt, abzustimmen ist.

Berlin, den 15. Dezember 1999

Der Vermittlungsausschuss

Ortwin Runde
Vorsitzender

Rudolf Dreßler
Berichterstatter

Peter Jacoby
Berichterstatter

Anlage 1

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

Der Bundestag hat 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. In § 4 Abs. 4 werden nach dem Wort „verfahren“ der Punkt gestrichen und folgender Halbsatz angefügt: „und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.“
2. § 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 4a 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 10 wird angefügt:

„(10) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande 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.“
3. In § 6 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a 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.“
4. Dem § 8 Abs. 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.“
5. § 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 am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.“
6. 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.“

7. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Krankheiten“ die Wörter „und von deren Verschlimmerung“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch“ durch die Wörter „Versicherte haben auch Anspruch auf“ ersetzt.

8. § 20 wird wie folgt gefasst:

„§ 20

Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; 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. 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 den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von fünf Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbst-

hilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.“

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) Im bisherigen Satz 2 wird das Wort „Diese“ durch das Wort „Die“ ersetzt.

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 3 eingefügt:

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

bb) Die bisherige Nummer 3 wird 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 Vorsorge-

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

d) Folgende Absätze 7 bis 9 werden angefügt:

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

(8) Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich für das jeweils folgende Kalenderjahr höchstens um die nach § 71 Abs. 3 und 2 Satz 2 maßgebliche Veränderungsrate verändern; § 71 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend. Der Veränderung für das Kalenderjahr 2000 sind die in Satz 1 genannten jährlichen Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1999 zu Grunde zu legen. Überschreitungen des in Satz 1 genannten Ausgaberahmens vermindern die für das auf die Überschreitung folgende Kalenderjahr nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Ausgaben entsprechend.

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

12. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Medizinische Vorsorge für Mütter“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

13. § 24b Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

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

14. § 27 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, sowie

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,

2. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.“

15. § 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.“

16. § 29 Abs. 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 vorzugeben.“

17. Dem § 30 Abs. 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.“

17a. § 31 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arz-

neimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.“

17b. Nach § 33 wird folgender § 33a eingefügt:

„§ 33a

Verordnungsfähige Arzneimittel

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

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

Mitglieder der Kommission sind

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

Weitere Mitglieder der Kommission sind

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

mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie. Die Sachverständigen und ein Stellvertreter für jede der in den Sätzen 2 und 3 genannten Gruppen werden vom Bundesministerium für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen. Die Amtsdauer von Sachverständigen und Stellvertretern, die während einer Amtsperiode berufen werden, endet mit der jeweiligen Amtsperiode. Die Mitgliedschaft kann den Sachverständigen und Stellvertretern vom Bundesministerium für Gesundheit entzogen werden, wenn sie an den Aufgaben des Instituts nicht oder nicht im vorgesehenen Umfang mitwirken oder begründete Zweifel an ihrer Unparteilichkeit bestehen.

(3) Die Mitglieder der Kommission nach Absatz 2 Satz 2 und 3 und die Stellvertreter sind unab-

hängig 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 und stellvertretenden 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. Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Kommission sind nach dem Verpflichtungsgesetz besonders zu verpflichten.

(4) Die Mitglieder der Kommission wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden für eine Amtsdauer von zwei Jahren. Die Ämter des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden enden mit der Mitgliedschaft. Die Mitglieder der Kommission erhalten Ersatz der Auslagen und ein Entgelt für den Zeitaufwand. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten.

(5) Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens sieben stimmberechtigte Sitzungsteilnehmer anwesend sind. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung. An den Sitzungen der Kommission können die nicht stimmberechtigten Stellvertreter, die Mitarbeiter der Geschäftsstelle und weitere Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit teilnehmen. Die Beratungen der Kommission sind vertraulich.

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

(7) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikations-

bezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zu Grunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahme. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit nach § 34 Abs. 1 eine Verordnungsfähigkeit besteht. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

(8) Das Institut kann zu seiner Beratung Sachverständige heranziehen. Absatz 3 Satz 6 gilt entsprechend. 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; Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind zu wahren.

(9) Die Kommission fasst ihre Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Sie beschließt die Vorschlagsliste mit mindestens sieben Stimmen. Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, den Vereinigungen zur Förderung der Belange der besonderen Therapierichtungen, den Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Vereinigungen von Patienten und Betroffenen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vorschlagsliste ist erstmalig bis zum 30. Juni 2001 zu beschließen.

(10) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel berücksichtigen. Der pharmazeutische Unternehmer kann nach Zulassung des Arzneimittels dessen Berücksichtigung in der beschlossenen Vorschlagsliste beantragen. Arzneimittel, die den Anforderungen nach Absatz 7 nicht oder nicht mehr entsprechen, sind aus der Vorschlagsliste herauszunehmen. Arzneimittel, bei denen die Voraussetzungen des § 49 des Arzneimittelgesetzes vorliegen und die der Zulassungspflicht nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes entsprechen und die nicht unter Absatz 7 Satz 5 fallen, sind nach ihrer Zulassung oder der Genehmigung für das In-Verkehr-Bringen zunächst ordnungsfähig, bis durch Rechtsverordnung nach Absatz 1 über ihre Aufnahme in die Liste nach Absatz 1 Satz 1 entschieden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit macht diese Arznei-

mittel mit Datum der Zulassung im Bundesanzeiger bekannt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(11) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die nicht nach Absatz 1 oder Absatz 10 ordnungsfähig sind, ausnahmsweise im Einzelfall mit Begründung im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien verordnen, sofern dies dort vorgesehen ist.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste sind unzulässig. Für Klagen gegen die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Gesonderte Klagen gegen die Gliederungen nach Anwendungsgebieten oder Stoffgruppen oder gegen sonstige Teile der Zusammenstellungen sind unzulässig. Für Klagen auf Aufnahme in die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel nach Absatz 1 oder auf Bekanntmachung als vorläufig ordnungsfähiges Arzneimittel nach Absatz 10 gelten die Vorschriften über die Leistungsklage entsprechend.“

17c. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 2, 3 und 5 werden aufgehoben.
- b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 2 mit der Maßgabe, dass Satz 4 aufgehoben wird.

18. Nach § 37 wird folgender § 37a eingefügt:

„§ 37a

Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, 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. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.“

19. § 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 ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.“

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

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

20. § 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) In Absatz 2 werden die Angabe „Satz 1 und 2“ sowie das Wort „Absatz“ gestrichen.

21. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.“

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

22. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „Abs. 2“ gestrichen.

23. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5“ die Wörter „oder der Ausschuss nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1“ eingefügt.

24. § 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 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 2 schließen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

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

25. Nach § 65 werden folgende §§ 65a und 65b 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 erzielten Einsparungen.

§ 65b

Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

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

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 durch eine dem Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage aufzubringen. Das Nähere zur Vergabe der Fördermittel vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.“

26. § 69 wird wie folgt gefasst:

„§ 69

Anwendungsbereich

Dieses Kapitel sowie die §§ 63 und 64 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 den §§ 63, 64 und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.“

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

28. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden. Übersteigt die Veränderungsrate in dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 1 jeweils diese Veränderungsraten anzuwenden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres

für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre fest. Grundlage sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KV 45). Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Veränderungsraten für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum gelten für die Vereinbarungen für das Kalenderjahr 2000 und werden am 4. Januar 2000 im Bundesanzeiger veröffentlicht.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4.

29. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

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

teil (Hausärzte). Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. 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 durch folgende Sätze ersetzt:

„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann,

bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach den Sätzen 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 schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln. § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 bleibt unberührt.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 11 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummer 12 wird angefügt:

„12. Verordnung von Psychotherapie.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „10 und 11“ durch die Angabe „10 bis 12“ ersetzt.

30. § 75 Abs. 10 wird aufgehoben.

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

„eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben.“

32. Nach § 79b wird folgender § 79c eingefügt:

„§ 79c

Beratender Fachausschuss
für hausärztliche Versorgung;
weitere beratende Fachausschüsse

Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung gebildet, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Weitere beratende Fachausschüsse können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von der Vertreterversammlung

aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Das Nähere über die beratenden Fachausschüsse und ihre Zusammensetzung regelt die Satzung. § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.“

33. In § 81 Abs. 3 Nr. 2 wird die Angabe „§ 135 Abs. 3“ durch die Angabe „§§ 136a und 136b Abs. 1 und 2“ ersetzt.

34. Dem § 83 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Gegenstand der Prüfungen nach Satz 1 ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand.“

35. In § 84 Abs. 1 wird in Satz 5 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„der Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 vom Prüfungsausschuss auf Grund von Prüfungen der Verordnungen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse.“

36. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 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) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen werden von den Krankenkassen außerhalb der nach Absatz 2 vereinbarten Gesamtvergütungen vergütet.“

- c) Absatz 3c wird wie folgt gefasst:

„(3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen.“

- d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) 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 im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu

Grunde zu legen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden.“

- e) Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt erstmalig bis zum 28. Februar 2000 Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, 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 beachten sind; er bestimmt ferner den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4 zu treffenden Regelungen. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde 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. Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zu Stande, entscheidet der erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000.“

37. § 87 wird wie folgt geändert:

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

„Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festge-

legten 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 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. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die Abrechnung der in Satz 3 genannten Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt.“

- b) Nach Absatz 2b werden folgende Absätze 2c und 2d eingefügt:

„(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, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 2001 nicht zu Stande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest.“

38. Nach § 87 wird folgender § 87a eingefügt:

„§ 87a

Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und § 30 Abs. 3 Satz 2 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zu Grunde liegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Bei Mehrkosten für lichterhärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höch-

stens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig. Die Begrenzung nach den Sätzen 2 und 3 entfällt, wenn der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2d Satz 2 erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des In-Kraft-Tretens der Richtlinien und der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.“

39. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie.“

- b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende 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.“

- c) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.
d) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.

- e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 7a 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.“
- 39a. In § 93 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 34 Abs. 1“ die Wörter „oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3“ gestrichen.
40. In § 95a Abs. 2 und 3 wird jeweils das Wort „drei-jährigen“ durch das Wort „fünfjährigen“ ersetzt.
41. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 2 werden das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.
- bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.
- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
- „(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden ab dem 1. Januar 2001 mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2; Absatz 4 bleibt unberührt. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2000 zu treffen. Ein Wechsel für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.“
42. § 102 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1 mit der Maßgabe, dass in Satz 1 das Datum „1. Januar 1999“ durch das Datum „1. Januar 2003“ ersetzt wird.
- b) Folgender Absatz 2 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.“
43. In § 103 Abs. 4 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:
- „Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztstühle grundsätzlich nur Allgemeinärzte zu berücksichtigen.“
44. § 106 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung“.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nr. 2 wird vor der Angabe „2 vom Hundert“ das Wort „mindestens“ eingefügt.
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „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.“
- cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Die Prüfungen nach Satz 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.“
- dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
- „Die Prüfungen nach Durchschnittswerten sind für den Zeitraum eines Quartals, die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen.“
- ee) Folgender Satz wird angefügt:
- „In die Prüfungen sind auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind.“
- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, soweit dafür Veranlassung besteht,
1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
 2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
 3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien der Bundesausschüsse enthaltenen Vorgaben,

4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.“
- d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 4“ ersetzt.
- bb) Die Sätze 2, 4 und 5 werden aufgehoben.
- cc) Satz 3 wird Satz 2 und die Sätze 6 und 7 werden die Sätze 3 und 4.
- e) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 4“ ersetzt.
- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Der Prüfungsausschuss führt die Prüfungen nach Absatz 2 durch; er entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.“
- bb) Satz 3 wird aufgehoben.
- g) Absatz 5a wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 werden durchgeführt, wenn die Richtgrößen um mehr als fünf vom Hundert überschritten werden und auf Grund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen ist, dass die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet ist.“
- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 15 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung der Richtgrößen ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.“
- cc) Der bisherige Satz 4 wird aufgehoben.
45. § 111a Satz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 4 wird gestrichen.
- b) In Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:
- „soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist,“.
46. In § 113 wird die Überschrift wie folgt gefasst:
- „Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung“.
47. § 115b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer 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 stationären Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2, die Vereinbarungen nach § 137 Abs. 1 und die Richtlinien nach § 136a und § 136b Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen, sowie Vergütungsabschläge für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu bestimmen, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und stationärer Eingriffe“ eingefügt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag seiner Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.“
48. § 118 wird wie folgt gefasst:
- „§ 118
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- (1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten

auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. Kommt der Vertrag ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgelegt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. Absatz 1 Satz 3 gilt. Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.“

49. § 129 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

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

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

50. Nach § 132a wird folgender § 132b eingefügt:

„§ 132b

Versorgung mit Soziotherapie

(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie fest.“

51. § 133 Abs. 1 Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Kran-

kentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Abs. 1 bis 3 zu beachten.“

51a. § 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.

52. § 135a wird wie folgt gefasst:

„§ 135a

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

53. Nach § 136 werden folgende §§ 136a und 136b eingefügt:

„§ 136a

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 und

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten dia-

gnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

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

§ 136b

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen.

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

(2) Der Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen 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 bekannt machen.“

54. § 137 wird wie folgt gefasst:

„§ 137

Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung ver-

einbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

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

55. § 137a wird aufgehoben.

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

57. Nach § 137b werden folgende §§ 137c bis 137e eingefügt:

„§ 137c

Bewertung von Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden im Krankenhaus

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

gen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 bilden einen Ausschuss Krankenhaus. Der Ausschuss besteht aus drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der knappschaftlichen Krankenversicherung, fünf Vertretern der Krankenhäuser, vier Vertretern der Bundesärztekammer sowie dem unparteiischen Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, werden sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 berufen. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zu Stande, 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 und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

(2) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen nach § 23 Abs. 2 oder § 40 Abs. 1 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2.

(3) 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.

§ 137e

Koordinierungsausschuss

(1) Die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 91 Abs. 1 und den Ausschuss Krankenhaus nach § 137c Abs. 2 bilden, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuss.

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

(3) Der Koordinierungsausschuss

1. soll insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann, und
2. gibt Empfehlungen zu den zur Umsetzung und Evaluierung der Kriterien nach Nummer 1 notwendigen Verfahren, insbesondere bezüglich der Dokumentation der Leistungserbringer.

Die Beschlüsse nach Satz 1 Nr. 1 sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte, mit Ausnahme der Vertragszahnärzte, unmittelbar verbindlich; § 94 gilt entsprechend. Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen für die Grundsätze zur Vergütung der Dokumentation. Zur Vorbereitung seiner Entscheidungen wird

bei dem Koordinierungsausschuss eine sachverständige Stabsstelle eingerichtet, die sich externen wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen kann.

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

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

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

58. Im Vierten Kapitel wird nach dem Zehnten Abschnitt folgender Elfter Abschnitt eingefügt:

„Elfter Abschnitt

Beziehungen zu Leistungserbringern
in der integrierten Versorgung

§ 140a

Integrierte Versorgung

(1) Integrierte Versorgungsformen auf Grund 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.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

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

§ 140b

Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen 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 auf Grund von § 140d getroffenen Rahmenvereinbarungen zu regeln. In den Verhandlungen über den Abschluss eines Vertrages nach Satz 1 können sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte, die Vertragspartner nach Satz 1 sind, können mit der Verteilung der auf die Gemeinschaft entfallenden Vergütungen oder Vergütungsanteile ihre Kassenärztliche Vereinigung beauftragen.

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

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

abgeschlossen werden.

(3) 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 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Ver-

tragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und der Ausschuss nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.

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

§ 140c

Vergütung

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

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

§ 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 die integrierte Versorgung nach § 140a ab. Zu vereinbaren sind insbesondere:

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags auf der Basis der nach §§ 135a, 136a, 136b und 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien,

3. Regelungen über die inhaltlichen Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1 und 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,
4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung sowie Regelungen zur rechnerischen Bereinigung der Gesamtvergütungen, die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab bereinigt werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(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 zu Stande, setzt das Bundesschiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest.

§ 140e

Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen

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

§ 140f

Bereinigung, Ausgleiche

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

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

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

§ 140g

Bonus in der integrierten Versorgung

Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie die Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben und die Versorgungsform zu Einsparungen geführt hat. 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 zu dem Anspruch der Vertragspartner auf den Anteil ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140b und 140d zu regeln.

§ 140h

Auswertung der integrierten Versorgung

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der integrierten Versorgung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards veranlassen.“

59. § 141 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 werden das Wort „vermieden“ durch das Wort „ausgeschlossen“ und das Wort „unter“ durch das Wort „nach“ ersetzt sowie der Klammerzusatz „(Grundsatz der Beitragssatzstabilität)“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.

60. § 142 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
„Unterstützung der Konzertierte Aktion; Sachverständigenrat“.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand

des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.“

61. Dem § 175 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.“
62. Dem § 193 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
„Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft gilt als fortbestehend, wenn die Versicherungspflicht am Tag vor dem Beginn des Wehrdienstes endet oder wenn zwischen dem letzten Tag der Mitgliedschaft und dem Beginn des Wehrdienstes ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag liegt.“
63. In § 210 Abs. 2 wird die Angabe „§ 135 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 136a Satz 1 Nr. 1, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1“ ersetzt.
64. Nach § 219 werden folgende §§ 219a bis 219d eingefügt:

„§ 219a

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland

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

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

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

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

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte der Verbindungsstelle. Er vertritt die Verbindungsstelle

gerichtlich und außergerichtlich. § 31 Abs. 3 des Vierten Buches gilt entsprechend. Das Nähere bestimmt die Satzung.

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

§ 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) Die Spitzenverbände der in § 35a Abs. 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen entsenden je ein Vorstandsmitglied, die übrigen Spitzenverbände je ein Mitglied der Geschäftsführung 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 Mitgliederzahlen. 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 Satz 1 Halbsatz 1, §§ 73 bis 76 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.

(3) Die Verbindungsstelle untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit; die Auf-

sicht 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.“

65. Dem § 232 wird folgender Absatz 3 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.“
66. In § 235 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „um“ die Wörter „den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um“ eingefügt.
67. § 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.“
- c) In Absatz 4a werden die Wörter „beruflich bedingten Auslandsaufenthalts“ durch die Wörter „Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist,“ ersetzt.
68. In § 251 wird nach Absatz 4a folgender Absatz 4b 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.“
69. § 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 2a 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 2a bis 2c eingefügt:

„2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und des-

- sen 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 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 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) In Satz 3 werden nach dem Wort „Arbeitgeber“ die Wörter „jeweils nach Ablauf von drei Jahren“ eingefügt.
- c) In Absatz 2b werden nach der Angabe „Nr. 2“ die Angabe „und 2a bis 2c“, nach dem Wort „ist“ die Wörter „und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt“ eingefügt und folgender Satz angefügt:
- „Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur 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.“
70. § 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“.
71. 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.
72. Im Achten Kapitel Vierter Abschnitt wird der Zweite Titel aufgehoben.
- 72a. In § 275 Abs. 1b Satz 2 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
73. In § 285 Abs. 4 werden das Wort „Psychotherapeuten“ gestrichen und nach dem Wort „für“ das Wort „Psychotherapeuten,“ eingefügt.
74. § 292 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
75. Dem § 293 werden folgende Absätze 4 und 5 angefügt:
- „(4) 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 ein bundeseinheitliches Kennzeichen (Arzt- und Zahnarzt Nummer); es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt Nummer 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 stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. 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.
- (5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung. Änderungen des

Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.“

76. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „dem vierstelligen Schlüssel“ gestrichen.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„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.“

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.“

b) In Absatz 2a wird die Angabe „§ 292 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 292“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Nr. 5 wird die Angabe „§§ 296, 297 und 299“ durch die Angabe „§§ 296 und 297“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird aufgehoben.

e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4.

77. § 299 wird aufgehoben.

78. § 300 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 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 für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden.“

c) In Absatz 3 werden nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt:

„3. die Übermittlung des Apothekenverzeichnisses nach § 293 Abs. 5.“

79. § 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 werden die Wörter „dem vierstelligen Schlüssel“ gestrichen.

bb) Die Sätze 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der In-Kraft-Setzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und

Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 der Bundespflegeverordnung anzugeben.“

80. § 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 für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden.“

80a. § 304 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „Abs. 1“ gestrichen.
- b) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 292 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 292“ und die Angabe „den §§ 297 und 299“ durch die Angabe „§ 297“ ersetzt.

81. Nach § 305 wird folgender § 305a 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 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. 2a beraten.“

82. § 309 Abs. 3 wird aufgehoben.

83. § 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.“

84. § 311 Abs. 1 wird aufgehoben.

85. In § 312 werden die Absätze 7a und 7b aufgehoben.

86. § 313 Abs. 10 Buchstabe c 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 6 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 gesetzlich 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 4 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 4 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.

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

5. § 61 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden die Wörter „Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung“ durch die Wörter „Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen“ ersetzt.
- b) In Absatz 6 Nr. 3 werden nach dem Wort „betreibt“ folgende Wörter eingefügt:

„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.“
- c) In Absatz 7 werden nach dem Wort „Verpflichteten“ die Wörter „jeweils nach Ablauf von drei Jahren“ eingefügt.

6. In § 110 Abs. 1 Nr. 2 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 ..., wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „§ 141 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 71 Abs. 1“ ersetzt.
- b) Absatz 1a wird gestrichen.
- c) In Absatz 2a Satz 3 werden nach der Angabe „1998“ die Wörter „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17b“ eingefügt.
- d) 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:

„Bis zum 31. Dezember 2002 sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden und noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen.“

2. Nach § 17a wird folgender § 17b eingefügt:

„§ 17b

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergü-

tungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären 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 Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegegesetzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen; die Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, einschließlich der Punktwerte 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 zu Grunde liegenden 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. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde

zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Es wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt.

(4) Soweit bis zum 30. Juni 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens sowie über Zu- und Abschläge nicht zu Stande kommt, bestimmt die Bundesregierung unverzüglich den Inhalt durch Rechtsverordnung. Im Übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.“

Artikel 5

Änderung der Bundespflegegesetzverordnung

Die Bundespflegegesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ab dem Jahr 2000 ist nach den Vorgaben des § 3 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und dem Budget nach § 12 sowie auf Grund von Modellvorhaben nach § 26 zu vereinbaren. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Verkürzungen der Verweildauern,
2. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
3. Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,
4. Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und
5. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten; Maßstab für die Beachtung ist die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Gesamtbetrag darf den um die maßgebliche Rate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die folgenden Tatbestände dies erforderlich machen:

1. in der Pflegesatzvereinbarung zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,
 2. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes,
 3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
 4. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird, oder
 5. in den in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe;
- vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre sind unabhängig von der Veränderungsrate gesondert durchzuführen. Satz 4 Nr. 2 gilt entsprechend für Hochschulkliniken, wenn die nach Landesrecht zuständigen Stellen zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen beschlossen oder genehmigt haben, und für Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die zusätzlichen Kapazitäten für medizinische Leistungen den Festlegungen des Versorgungsvertrages entsprechen.“
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 1 und 2 werden aufgehoben.
 - bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Im ersten Halbsatz werden die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „§ 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und die Angabe „Budget“ durch die Angabe „Budget nach § 12“ ersetzt sowie nach dem Wort „berichtigt“ ein Komma und die Wörter „soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen“ eingefügt.
 - bbb) Im zweiten Halbsatz wird die Angabe „Absatz 1 Satz 1“ durch die Angabe „§ 15 Abs. 1“ ersetzt.
 - cc) Die Sätze 5 und 6 werden aufgehoben.
 - c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Grundlage der Budgetbegrenzung nach Absatz 1 Satz 4 für das Jahr 2000 ist der Gesamtbetrag nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999; außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 2000 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen und enthaltene

Ausgleiche und Berichtigungen herauszurechnen. Die Grundlage nach Satz 1 ist

1. zu erhöhen nach Artikel 7 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes um
 - a) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1999 nach § 1 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1, soweit in dem Gesamtbetrag für 1999 nicht berücksichtigt,
 - b) die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1998 nach § 1 Abs. 3 Satz 1, soweit in dem Gesamtbetrag für 1999 nicht berücksichtigt,
 - c) die Folgekosten von Kapazitätsveränderungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 und 3, soweit diese nicht ganzjährig enthalten sind, und
2. zu verändern um die Auswirkungen einer Vereinbarung für das Jahr 1998 nach § 6 Abs. 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874) geänderten Fassung,

soweit von den Vertragsparteien nichts Abweichendes vereinbart wurde. In den in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern ist die Grundlage nach Satz 1 zusätzlich um 0,48 vom Hundert zu erhöhen, soweit nicht bereits bei der Vereinbarung oder Festsetzung des Gesamtbetrags für das Jahr 1999 anstelle der Veränderungsrate nach Artikel 18 Satz 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes eine Veränderungsrate in Höhe von Null vom Hundert zu Grunde gelegt wurde.“
2. § 7 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 werden das Komma durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„hierzu gehören bei Lebendspenden auch die Kosten der gutachterlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes,“.
 - b) In Nummer 4 werden die Wörter „für die Jahre 1997 bis 1999“ und die Wörter „in diesem Zeitraum“ gestrichen.
3. § 11 Abs. 8 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert“ werden durch die Wörter „Mindererlöse zu 40 vom Hundert“ ersetzt.
 - b) Der Punkt wird durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese darauf zurückzuführen sind, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 oder auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden.“

4. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.
 - b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert“ werden durch die Wörter „Mindererlöse zu 40 vom Hundert“ ersetzt.
 - bb) Der Punkt wird durch einen Strichpunkt ersetzt und es wird folgender Halbsatz angefügt:

„Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese darauf zurückzuführen sind, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 oder auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden.“
5. § 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 7 Satz 4 werden die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ und die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
 - c) In Absatz 10 werden die Wörter „In den Jahren 1997 bis 1999 wird“ gestrichen und nach der Angabe „§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4“ das Wort „wird“ eingefügt.
 - d) Folgender Absatz 13 wird angefügt:

„(13) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschlüsse nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.“
6. § 15 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird das Komma durch das Wort „und“ ersetzt.
 - bb) Nummer 2 wird gestrichen.
 - cc) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2 mit der Maßgabe, dass die Angabe „§ 6 Abs. 3 Satz 3“ durch die Angabe „§ 6 Abs. 3 Satz 1“ ersetzt wird.
 - 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“ durch die Angabe „Nr. 1 und 2“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
7. § 17 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 wird die Angabe „Anlagen 3 und 4“ durch die Angabe „Anlagen 1 und 2“ ersetzt.

- b) In Satz 4 Nr. 1 wird das Wort „vierstelligen“ gestrichen.
8. In § 19 Abs. 3 wird nach der Angabe „§ 3 Abs. 2 Satz 4,“ die Angabe „§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1,“ eingefügt.
9. § 28 wird gestrichen.
10. Die Anlagen 1 und 2 werden aufgehoben.
11. Die Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ wird Anlage 1 und wie folgt geändert:
- a) In Abschnitt L 4 wird in der Kopfzeile der Tabelle in der ersten Spalte das Wort „vierstellig“ gestrichen.
 - b) In Abschnitt K 5 wird die laufende Nummer 19 gestrichen.
12. Die Anlage 4 wird Anlage 2.

Artikel 6

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

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

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

Artikel 7

Änderung des 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. Dem § 2 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande 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 §§ 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. § 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 werden das Wort „Leistung“ durch das Wort „Rente“ und das Wort „Leistungsantrag“ durch das Wort „Rentenantrag“ ersetzt.
6. 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 § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge“ eingefügt.
7. § 59 Abs. 2 wird aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

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

1. § 51 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses“ gestrichen.
 - bb) Im zweiten Halbsatz werden die Wörter „, oder in Angelegenheiten nach § 122 des Fünf-

ten Buches Sozialgesetzbuch auf Grund einer Zuordnung von medizinisch-technischen Großgeräten zu Hochschulkliniken oder Plankrankenhäusern entstehen“ gestrichen.

- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„§§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden keine Anwendung.“

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

Artikel 9

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

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

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

„Satz 1 gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind.“

2. Dem § 96 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind.“

Artikel 10

Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

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

1. Artikel 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils nach den Wörtern „2000 Deutsche Mark“ das Wort „monatlich“ angefügt.

- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

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

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

Artikel 11**Änderung der Reichsversicherungsordnung**

In § 200 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden das Komma hinter dem Wort „Mutterschaftsgeld“ durch einen Punkt ersetzt und der danach folgende Satzteil gestrichen.

Artikel 12**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 13**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 14**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 § 10a wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) 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.“

2. In § 12 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a 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.“

3. § 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 ... [einsetzen: Jahreszahl nach dem In-Kraft-Treten dieses Gesetzes] beginnt, jährlich um zwei 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 Prämienhöhungen 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 Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den ... [einsetzen: 10. Jahreszahl nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes] folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr,

jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.“

4. § 12b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a 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 Satzes 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 Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.“

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

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

5. Nach § 12d wird folgender § 12e eingefügt:

„§ 12e

Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes] geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem ... [einsetzen: Datum des Tages des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes] folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr zwei vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um zwei vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als zehn 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.“

6. § 110a Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

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

7. In der Anlage Teil D Abschnitt I wird Nummer 3 wie folgt gefasst:

„3. Bei Krankenversicherungen nach § 12a zusätzlich notwendige Verbraucherinformation

- 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.“

8. In der Anlage Teil D Abschnitt II werden in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummer 4 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.“

Artikel 15**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

In § 3 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird jeweils das Wort „dreijährigen“ durch das Wort „fünfjährigen“ ersetzt.

Artikel 16**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

In § 32b Abs. 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4“ ersetzt.

Artikel 17**Änderung der Gebührenordnung für Ärzte**

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

„§ 5b

Bemessung der Gebühren
bei Versicherten des Standardtarifes
der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, 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 18**Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

Nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender § 5a eingefügt:

„§ 5 a

Bemessung der Gebühren
bei Versicherten des Standardtarifes
der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, 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.“

Artikel 19**Gesetz über ein 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 20**Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

Die auf den Artikeln 5, 15, 16, 17 und 18 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 21**Überleitungsvorschriften**

§ 1

Gesamtvergütung

Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Artikel 14 Abs. 1a des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes erhöhte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Verreinigungen im Gebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Jahr 2000 sind auf die um den Ausgleich nach Artikel 14 Abs. 1a des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 1999 zu beziehen.

§ 2

Rückkehr in die private Krankenversicherung

Artikel 1 Nr. 2 und Artikel 7 Nr. 1 gelten nicht für Versicherte, deren privater Krankenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geendet hat.

§ 3

Ausschluss der Familienversicherung

Artikel 1 Nr. 6 gilt nicht für Personen, die bei In-Kraft-Treten dieses Gesetzes bereits familienversichert sind.

§ 4

Psychiatrische Abteilungen an
Allgemeinkrankenhäusern

Die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Gesetzes bestehenden Ermächtigungen der in § 118 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einrichtungen bleiben bis zum 31. Dezember 2001 bestehen.

§ 5

Personalübergang zu der Deutschen
Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland übernimmt die beim AOK-Bundesverband überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben der Verbindungsstelle im AOK-Bundesverband beschäftigten Personen (dienstordnungsmäßige Angestellte, tarifliche Angestellte); sie tritt insoweit in die Rechte und

Pflichten aus den Beschäftigungsverhältnissen ein. Für die dienstordnungsmäßigen Angestellten gilt bei der Übernahme zunächst die zum Zeitpunkt der Vonselbstständigung gültige Dienstordnung des AOK-Bundesverbandes. § 414b der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend. Für die tariflichen Angestellten sind bis zum Abschluss neuer Tarifverträge die für den AOK-Bundesverband geltenden Tarifverträge in ihrer jeweils gültigen Fassung maßgebend. Das Nähere regeln die Spitzenverbände.

Artikel 22**In-Kraft-Treten**

(1) Artikel 1 Nr. 3 und 69 sowie Artikel 3 Nr. 5 Buchstabe b und c treten am 1. Juli 2000 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 45 Buchstabe a und Nr. 86 treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 72 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. 40 sowie Artikel 15 treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

(4) Am Tage des In-Kraft-Tretens der auf Grund der Ermächtigung nach Artikel 1 Nr. 17b erlassenen Rechtsverordnung treten Artikel 1 Nr. 17a, 17c und 39 Buchstabe c und d und Nr. 39a in Kraft.

(5) Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 1. Januar 2000 in Kraft.

Anlage 2

Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung

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. Folgende Vorschriften des Zwölften Kapitels werden aufgehoben:
 - §§ 308, 309 Abs. 2 bis 4 und 6, § 310 Abs. 1, 2, 3 Satz 1 und 3, Abs. 4 bis 11, § 311 Abs. 2a, 3, 4 Buchstabe d, Abs. 6 und 9 bis 11, §§ 311a bis 312, § 313 Abs. 1 bis 9 und 10 Buchstabe b Satz 2 sowie § 314.
2. § 309 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Soweit Vorschriften dieses Buches

 1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
 2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anknüpfen, gilt von dem nach Nummer 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.“
 - b) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.“
3. In § 311 wird nach Absatz 7 folgender Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die Absätze 5 und 7 gelten nicht in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teil des Landes Berlin.“
4. § 313a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Zahl „1999“ wird durch die Zahl „2001“ ersetzt.
- bb) Folgende Nummern 3 bis 7 werden angefügt:
 - „3. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für die Versicherten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2. Oktober 1990 einschließlich des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin getrennt zu ermitteln und zu Grunde zu legen.
 4. Die Werte nach Nummer 3 sind zusätzlich für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.
 5. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 1 genannten Gebiet sind die nach Nummer 1 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 4 und nach Nummer 1, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu erhöhen.
 6. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 3 genannten Gebiet sind die nach Nummer 3 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 3 und nach Nummer 4, gewichtet mit dem Faktor nach Nummer 7 zu verringern.
 7. Der Gewichtungsfaktor beträgt im Jahr 2001 25 vom Hundert und erhöht sich bis zum Jahr 2007 jährlich um 12,5 Prozentpunkte.“
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Veränderungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2000 zurückzuführen sind (Absatz 1), dürfen nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels, der §§ 63 und 64 und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen über die für dieses Gebiet maßgebliche Rate nach § 71 Abs. 2 hinaus führen. § 71 Abs. 2 Nr. 2 gilt.“
- c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Im Jahr 2002 werden die Auswirkungen der Regelung in Absatz 1 auf die Höhe der Beitragssätze in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Ein-

gungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet überprüft. In der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 kann der Gewichtungsfaktor für die Jahre 2003 bis 2007 (Absatz 1 Nr. 7) mit Zustimmung des Bundesrates abweichend geregelt werden, wenn die Ausgleichsleistungen zu ungerechtfertigten Belastungsunterschieden der Beitragszahler in dem in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und im übrigen Bundesgebiet führen.“

Artikel 2

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Artikel 14 Abs. 4 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

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

1. In Absatz 1 Nr. 9 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 10 angefügt:
„10. Krankenhausinvestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes.“
2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 6 wird aufgehoben.
 - b) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 6.

Artikel 4

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 3 beruhenden Teile der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung können auf Grund der Ermächtigung des § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 5

In-Kraft-Treten

(1) Artikel 1 Nr. 1 bis 3 und Nr. 4 Buchstabe a und c tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

(2) Im Übrigen tritt dieses Gesetz am 1. Januar 2000 in Kraft.

