

## **Beschlussempfehlung und Bericht** **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

### **1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/1245 –**

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

### **2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 14/1721 –**

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

#### **A. Zielsetzung**

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

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

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

**B. Lösung**

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

- Die Versicherten werden unterstützt, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen,
- Für die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden die Möglichkeiten erweitert, die Grenzen bisheriger bereichsspezifischer Strukturen zu überwinden und sich auf medizinische Aspekte der Versorgung zu konzentrieren.
- Die Globalbudgets – flankiert durch eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung – sichern die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung unter Überwindung sektorspezifischer Schranken.

Die von den Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss eingebrachten und vom Ausschuss mehrheitlich angenommen umfangreichen Änderungsanträge haben vor allem folgende Punkte zum Inhalt:

- Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe
- Befreiung von Zuzahlungen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen
- Förderung der Einrichtungen für Verbraucher- und Patientenberatung durch die Krankenkassen mit 10 Mio. DM jährlich
- Festlegung der Veränderungsrate des Globalbudgets auf 2,6 v. H.
- Einbezug der Hochschulkliniken in die Monistik
- Stufenweise Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs
- Maßnahmen zur Entschuldung der Krankenkassen in den neuen Bundesländern
- Verbesserungen beim Datenschutz.

**Mehrheitsentscheidung im Ausschuss****C. Alternativen**

Keine

**D. Kosten der öffentlichen Haushalte**

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

**E. Sonstige Kosten**

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

## **Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen:

Den Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/1245 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen und den Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 14/1721 – für erledigt zu erklären.

Berlin, den 3. November 1999

### **Der Ausschuss für Gesundheit**

**Klaus Kirschner**  
(Vorsitzender)

**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**  
(Berichtersteller)

**Dr. Dieter Thomae**  
(Berichtersteller)

**Gudrun Schaich-Walch**  
(Berichterstatlerin)

**Katrin Göring-Eckardt**  
(Berichterstatlerin)

**Dr. Ruth Fuchs**  
(Berichterstatlerin)

## Zusammenstellung

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

– Drucksache 14/1245 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

### Entwurf

### Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

#### **Artikel 1**

##### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Nr. 10 werden nach dem Wort  
„Tätigkeit“ die Wörter „ohne Arbeitsentgelt“  
eingefügt.
  - b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Als zu ihrer Berufsausbildung Be-  
schäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten  
Personen, die als nicht satzungsmäßige Mit-  
glieder geistlicher Genossenschaften oder ähn-  
licher religiöser Gemeinschaften für den Dienst  
in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen  
religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausge-  
bildet werden.“
  - c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(10) Kommt eine Versicherung nach den  
§§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versiche-  
rungsvertrages nicht zustande oder endet eine  
Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Er-  
füllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist  
das private Krankenversicherungsunternehmen  
zum erneuten Abschluss eines Versicherungs-  
vertrages verpflichtet, wenn der vorherige Ver-  
trag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kün-  
digung ununterbrochen bestanden hat. Der  
Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu glei-  
chen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der  
Kündigung bestanden haben; die bis zum  
Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstel-  
lungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird  
eine gesetzliche Krankenversicherung nach  
Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versiche-

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

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

#### **Artikel 1**

##### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

- |    |  |    |             |
|----|--|----|-------------|
| 2. | In § 6 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:  | 2. | unverändert |
|    | „(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 steht die Ehe mit einer in Satz 2 genannten Person gleich.“ |    |             |
| 3. | § 8 wird wie folgt geändert:   | 3. | unverändert |
|    | a) In Absatz 1 Nr. 1a werden folgende Wörter angefügt:   |    |             |
|    | „wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,“  |    |             |
|    | b) Folgender Absatz wird angefügt:   |    |             |
|    | „(3) Die Absätze 1 und 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend für Versicherungspflichtige, die Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung haben.“   |    |             |
| 4. | § 9 Abs. 1 wird wie folgt geändert:  | 4. | unverändert |
|    | a) In Nummer 2 werden folgende Wörter angefügt:  |    |             |
|    | „wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,“   |    |             |
|    | b) In Nummer 3 wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:   |    |             |
|    | „Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“  |    |             |

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

5. Dem § 10 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:  
 „Ehegatten sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie des Erziehungsurlaubs nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.“
6. In § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Krankheiten“ die Wörter „und von deren Verschlimmerung“ eingefügt.
7. § 17 wird wie folgt geändert:  
 a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ihrem Arbeitgeber“ durch die Wörter „der Krankenkasse“ ersetzt.  
 b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:  
 „(2) Die Krankenkasse hat die nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu tragen, in der sie ihr im Inland entstanden wären. Der Arbeitgeber hat der Krankenkasse die Kosten, die sie nach Satz 1 nicht zu tragen hat, zu erstatten. Hierzu teilt die Krankenkasse dem Arbeitgeber die Behandlungszeit sowie die Höhe der von dem Arbeitgeber zu tragenden Kosten mit. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.“
8. § 20 wird wie folgt gefasst:  
 „§ 20  
*Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe*  
 (1) Die Krankenkasse kann ihre Versicherten über Angebote zur allgemeinen Gesundheitsförderung informieren; eine finanzielle Beteiligung der Krankenkasse an diesen Angeboten ist nicht zulässig. Die Krankenkasse kann in der Satzung Leistungen zur Prävention vorsehen, wenn diese in dem nach Satz 3 zu beschließenden Katalog enthalten sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Satz 2, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppe, Inhalt und Methodik, sowie deren Qualitätssicherung und auf dieser Grundlage einen Katalog von Leistungen.
5. unverändert
6. a) In § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Krankheiten“ die Wörter „und von deren Verschlimmerung“ eingefügt.  
 b) **In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch“ durch die Wörter „Versicherte haben auch Anspruch auf“ ersetzt**
7. unverändert
8. § 20 wird wie folgt gefasst:  
 „§ 20  
 Prävention **und** Selbsthilfe  
 (1) Die Krankenkasse **soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in Satz 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes **prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik,** sowie Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherung **und Dokumentation. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der in Satz 3 genannten Anforderungen für Leistungen nach Satz 1 zu dokumentieren und zu veröffentlichen; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.**“

## Entwurf

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und wirken bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit; Absatz 1 Satz 3 **und 4** gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren Näheres zur Zusammenarbeit. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 2 **sollen** insgesamt **im Jahr 2000** für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von fünf Deutschen Mark **umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.**

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



## Entwurf

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

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

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

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

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

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 5.

10. § 22 Abs. 4 wird aufgehoben.

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Die bisherige Nummer 3 wird die Nummer 4.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(5) entfällt

9. unverändert

10. unverändert

11. § 23 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

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

## Entwurf

und einheitlich in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 2 und 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.“

## d) Folgende Absätze werden angefügt:

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

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

## 12. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „Medizinische Vorsorge für Mütter“.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur“ durch das Wort „Vorsorgeleistungen“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
 

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## d) Folgende Absätze werden angefügt:

(7) **unverändert**

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

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

## 12. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) **unverändert**
- b) **unverändert**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur“ durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird *wie folgt gefasst*:
- „(2) Für Maßnahmen nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 23 Abs. 5 und 6 entsprechend.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.
- c) In Absatz 2 wird **die Angabe „Satz 1 und 2“ gestrichen.**
- d) Absatz 3 wird **wie folgt gefasst**:
- „(3) Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend.“**
- 12a. § 24b Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,“**
13. In § 27 Abs. 2 werden der Nummer 2 die Wörter „sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes“ angefügt, die Wörter „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz“ gestrichen und die Wörter „Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit“ durch das Wort „Inanspruchnahme“ ersetzt.
13. unverändert
14. § 28 Abs. 2 Satz 9 wird wie folgt gefasst:
- „Das gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“
14. unverändert
15. § 29 wird wie folgt geändert:
15. unverändert
- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs kann die Krankenkasse Zwischenbegutachtungen vornehmen lassen.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik sowie deren Auswertung und Verfahren zur Einhaltung der Richtlinien vorzugeben.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

16. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt.  
„Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmefällen.“

- b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:  
„Aufwendige Versorgungsmittel sollen vor der Genehmigung begutachtet werden; bei Suprakonstruktionen ist eine Begutachtung zwingend erforderlich, wobei der Krankenkasse hierfür ein die gesamte Behandlung einschließlich implantologischer Leistungen umfassender Heil- und Kostenplan vorzulegen ist.“

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

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

16. unverändert

17. unverändert

17a. Nach § 33 wird folgender Paragraph eingefügt:

**„§ 33a  
Verordnungsfähige Arzneimittel**

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

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

Mitglieder der Kommission sind

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik.

Weitere Mitglieder der Kommission sind

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

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

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

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

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

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

kann Anwendungsgebiete von Arzneimitteln von der Verordnungsfähigkeit ausnehmen oder die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln an bestimmte medizinische Bedingungen knüpfen.

(7) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen, präventiven oder diagnostischen Maßnahme. Sätze 1 bis 3 gelten auch, 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. Die Behörden des Geschäftsbereichs des Bundesministeriums für Gesundheit sowie die Verbände der Ärzteschaft, der Apothekerschaft und der pharmazeutischen Industrie sind verpflichtet, der Kommission auf Verlangen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

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

(10) Die Kommission soll die Vorschlagsliste laufend an den Stand der wissenschaftlichen

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

18. § 34 wird wie folgt geändert:

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

19. Nach § 34 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 34a  
Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

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

20. Nach § 37 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 37a  
Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, Leistungen

18. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) entfällt
- a) Die Absätze 2, 3 und 5 werden aufgehoben.
- b) Absatz 4 wird Absatz 2; Satz 4 wird aufgehoben.

19. entfällt

20. Nach § 37 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 37a  
Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, **ärztliche oder**

## Entwurf

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

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

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

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit die Spitzenverbände der

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

1. un verändert
2. **die Ziele**, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. un verändert
4. un verändert
5. un verändert

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) un verändert

b) un verändert

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



## Entwurf

Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet haben; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend.“

- d) In Absatz 4 werden die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „den Absätzen 1 und 2“ ersetzt und der Halbsatz „ , die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden,“ gestrichen.
- e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Angabe „2“ durch die Angabe „1 oder 2“ und die Zahl „25“ durch die Zahl „17“ ersetzt.
- f) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2“ durch die Angabe „1 oder 2“ ersetzt.
22. § 41 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
„Medizinische Rehabilitation für Mütter“.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Angabe „§ 27 Satz 1“ durch die Angabe „§ 27 Absatz 1 Satz 1“, die Wörter „Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur“ durch die Wörter „Leistungen der Rehabilitation“ sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:  
„die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden.“
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Kur“ durch die Wörter „Leistungen nach Satz 1“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:  
„(2) Für Maßnahmen nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 40 Abs. 3 bis 5 entsprechend.“
- d) Absatz 3 wird aufgehoben.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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.“

22. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) **unverändert**
- b) **unverändert**
- c) In Absatz 2 wird **die Angabe „Satz 1 und 2“ gestrichen.**
- d) Absatz 3 wird **wie folgt gefasst:**  
„(3) **Für Maßnahmen, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, gilt § 40 Abs. 5 entsprechend.**“

## Entwurf

23. § 43 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 wird nach dem Wort „wird“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „dies gilt auch für das Funktionstraining,“.
    - bb) In Nummer 2 wird das Wort „erbringen“ durch die Wörter „ganz oder teilweise erbringen oder fördern“ ersetzt.
    - cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:
 

„3. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn die Qualität der Schulungsprogramme nachgewiesen ist; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,“
  - b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
24. § 58 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
  - b) Folgender Absatz wird angefügt:
 

„(2) Vom 1. Januar 2008 an werden der Krankenkasse die Aufwendungen, die sie nach Absatz 1 erbracht hat, von dem Land erstattet, in dem der Verstorbene seinen letzten Wohnsitz hatte.“
25. In § 63 Abs. 4 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5“ folgende Wörter eingefügt:
- „oder der Ausschuss nach § 137c Absatz 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1“
26. § 64 wird wie folgt geändert
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
 

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

23. § 43 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) unverändert
    - bb) unverändert
    - cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:
 

„3. Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn die **Wirksamkeit und Effizienz** der Schulungsprogramme **gegenüber der Krankenkasse** nachgewiesen ist; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist,“
  - b) unverändert
24. unverändert
- 24a. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „Abs. 2“ gestrichen.**
25. unverändert
26. § 64 wird wie folgt geändert
- a) unverändert

## Entwurf

gungen nicht Vertragspartner von Verträgen nach Satz 2, werden die Verträge im Benehmen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

27. Nach § 65 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 65a

Versichertenbonus in der hausärztlichen  
Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den mit einem Verfahren nach Satz 1 verbundenen Einsparungen. Die Krankenkasse kann die für die Berechnung der Einsparungen erforderlichen Daten mit Einverständnis des Versicherten versichertenbezogen erfassen und speichern. Sie hat zum Nachweis dieser Einsparungen geeignete Unterlagen, die sich auf den Zeitraum mindestens eines Jahres beziehen, nicht versichertenbezogen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zur Übermittlung der für die in Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen Daten vereinbaren. §§ 63 bis 65 gelten entsprechend.“

§ 65b

Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und  
Patientenberatung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unterstützen im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die die Verbände als förderungsfähig anerkannt haben. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenbera-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) unverändert

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

27. Nach § 65 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 65a

Versichertenbonus in der hausärztlichen  
Versorgung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich **schriftlich** verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den mit einem Verfahren nach Satz 1 verbundenen Einsparungen. Die Krankenkasse kann die für die Berechnung der Einsparungen erforderlichen Daten mit **schriftlichem** Einverständnis des Versicherten versichertenbezogen erfassen und speichern. Sie hat zum Nachweis dieser Einsparungen geeignete Unterlagen, die sich auf den Zeitraum mindestens eines Jahres beziehen, nicht versichertenbezogen der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zur Übermittlung der für die in Satz 3 genannten Zwecke erforderlichen Daten vereinbaren. §§ 63 bis 65 gelten entsprechend.“

§ 65b

Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und  
Patientenberatung

(1) Die **Spitzenverbände** der Krankenkassen **fördern mit jährlich insgesamt 10 Millionen Deutsche Mark je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben** gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben und die **von den Spitzenverbänden** als förderungsfähig anerkannt **wurden**. Die Förde-

## Entwurf

tung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2, § 65 sowie § 213 Absatz 2 gelten entsprechend.“

28. In § 66 werden das Wort „können“ durch das Wort „sollen“ ersetzt und folgender Satz wird angefügt:

„Das Nähere über die Voraussetzungen und den Inhalt der Unterstützung ist in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln.“

29. § 69 wird wie folgt gefasst:

„§ 69  
Anwendungsbereich

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

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

31. § 71 wird wie folgt geändert:

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

rung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend

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

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

28. unverändert

29. § 69 wird wie folgt gefasst:

„§ 69  
Anwendungsbereich

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

30. unverändert

31. unverändert

## Entwurf

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

- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

## 32. § 73 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte und ihnen nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 gleichgestellte Ärzte, Kinderärzte sowie die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teil, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erklärt haben (Hausärzte). Der Zulassungsausschuss hat Kinderärzten mit Schwerpunktbezeichnung auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme auch an der fachärztlichen Versorgung zu erteilen. Der Zulassungsausschuss kann für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung mit deren Einverständnis eine von Satz 1 abweichende, zeitlich befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Die am 31. Dezember 1999 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind den Hausärzten nach Satz 1 gleichgestellt und nehmen weiterhin an der hausärztlichen Versorgung teil; Internisten können durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss bis zum 30. Juni 2000 ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung widerrufen und nehmen in diesen Fällen spätestens ab dem 1. Januar 2001 an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.“

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

„Ein Hausarzt darf mit Einwilligung des Versicherten bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 32. § 73 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

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

teil (Hausärzte).

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

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

„Ein Hausarzt darf mit **schriftlicher** Einwilligung des Versicherten, **die widerrufen werden kann**, bei Leistungserbringern, die einen seiner

## Entwurf

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

## c) Absatz 1c wird wie folgt gefasst:

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

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

In dem Vertrag nach Satz 1 ist auch zu bestimmen, daß ein den Versicherten behandelnder Arzt, der nicht sein Hausarzt ist, in Verbindung mit der Abrechnung seiner Leistungen der

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## c) Absatz 1c wird wie folgt gefasst:

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

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

In dem Vertrag nach Satz 1 ist auch zu bestimmen, daß ein den Versicherten behandelnder Arzt, der nicht sein Hausarzt ist, in Verbindung mit der Abrechnung seiner Leistungen der

## Entwurf

Kassenärztlichen Vereinigung den Hausarzt des Versicherten benennt und die Übermittlung der Befunde an den Hausarzt dokumentiert. In den Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist das Nähere über deren Pflichten nach Absatz 1b Satz 2 zu vereinbaren; die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben hierzu Empfehlungen ab.“

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

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

33. § 73a wird aufgehoben.

34. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

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

- b) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

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

35. In § 76 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Nimmt der Versicherte einen anderen Arzt als seinen gewählten Hausarzt oder einen sonstigen Leistungserbringer in Anspruch, so hat er diesen über seinen Hausarzt zu unterrichten.“

36. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Kassenärztlichen Vereinigung den Hausarzt des Versicherten benennt und die Übermittlung der Befunde an den Hausarzt dokumentiert. In den Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit den Leistungserbringern oder mit Verbänden der Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist das Nähere über deren Pflichten nach Absatz 1b Satz 2 zu vereinbaren; die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben hierzu Empfehlungen ab.“

- d) unverändert

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

33. unverändert

34. unverändert

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

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

36. unverändert

## Entwurf

„Sind in einem Land mehr als 12 000 Ärzte zugelassen und besteht am 1. Januar 2000 mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung in diesem Land, können mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zwei Kassenärztliche Vereinigungen errichtet werden oder fortbestehen. Sind in einem Land mehr als 6 000 Zahnärzte zugelassen, gilt Satz 2 für Kassenzahnärztliche Vereinigungen entsprechend.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Durchführung der nach Absatz 1 erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die zugelassenen Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.“

d) Absatz 6 wird aufgehoben.

37. § 79 wird wie folgt gefasst:

„§ 79  
Organe

(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden als Selbstverwaltungsorgane ein Verwaltungsrat und ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 2 000 zugelassenen Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 5 000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder.

(3) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Vorstand zu überwachen,
3. den Haushaltsplan festzustellen,
4. über die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
5. *die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten und*

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

37. § 79 wird wie folgt gefasst:

„§ 79  
Organe

(1) **unverändert**

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bis zu 30 Mitglieder. Bei mehr als 5 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 2 000 zugelassenen Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 10 000 zugelassenen Ärzten oder mehr als 5 000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hat bis zu 60 Mitglieder; **einschließlich der Mitglieder nach § 80 Abs. 1 Satz 6.**

(3) Der Verwaltungsrat hat insbesondere

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



## Entwurf

6. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen.

Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

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

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

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

38. § 79b wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Das Wort „ordentlichen“ wird gestrichen.

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Er kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) unverändert

38. unverändert

38a. Nach § 79b wird folgender § 79c eingefügt:

„§ 79c

**Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse**

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung gebildet, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Weitere beratende Fachausschüsse können gebildet werden. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind von dem Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Kreis der

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**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.“**

39. § 80 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 1a wird aufgehoben.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

40. § 81 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

39. § 80 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) un verändert

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 **wird durch folgende Sätze ersetzt:**

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

d) un verändert

40. un verändert

## Entwurf

- bb) In Satz 3 Nr. 3 werden die Wörter „der Vertreterversammlung“ durch die Wörter „des Verwaltungsrates“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Nr. 2 werden das Wort „und“ nach der Angabe „§ 92“ durch ein Komma und die Angabe „§ 135 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 136a Abs. 1 und § 136b Abs. 1 und 2“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit, der Hausärzte auch auf dem Gebiet der hausärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.“

41. § 83 Absatz 2 wird aufgehoben.

42. § 84 wird wie folgt gefasst:

## „§ 84

Arznei- und Heilmittelbudget; *Richtgrößen*

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

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

zu berücksichtigen. Von bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven nach Satz 3 Nr. 4 soll insbesondere dann ausgegangen werden, wenn und soweit die nach Absatz 3 erfassten Ausgaben in dem gegenüber dem Budgetzeitraum vorvergangenen Kalenderjahr den nach Satz 7 für dieses Kalenderjahr ermittelten Referenzwert übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln auf der Grundlage der nach Absatz 3 erfassten Ausgaben für alle Vertragsregionen und der Angaben der amtlichen Statistik KM 6 einen nach Alter und Geschlecht standardisierten durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für jede Vertragsregion.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

41. § 83 wird **wie folgt geändert**:

- a) **„In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen.**
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.“

42. § 84 wird wie folgt gefasst:

## „§ 84

## Arznei- und Heilmittelbudget

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

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

zu berücksichtigen. Von bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven nach Satz 3 Nr. 4 soll insbesondere dann ausgegangen werden, wenn und soweit die nach Absatz 3 erfassten Ausgaben in dem gegenüber dem Budgetzeitraum vorvergangenen Kalenderjahr den nach Satz 7 für dieses Kalenderjahr ermittelten Referenzwert übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln auf der Grundlage der nach Absatz 3 erfassten Ausgaben für alle Vertragsregionen und der Angaben der amtlichen Statistik KM 6 einen nach Alter und Geschlecht standardisierten durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für jede Vertragsregion.

## Entwurf

Die Standardisierung ist auf der Basis der sich aus der Statistik KM 6 ergebenden Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten für das gesamte Bundesgebiet durchzuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln aus den Ausgabenbeträgen *der drei* Vertragsregionen mit den niedrigsten Ausgabenbeträgen den Mittelwert (Referenzwert) und geben ihn im Bundesanzeiger bekannt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die in den Sätzen 5 bis 7 genannten Aufgaben einer von ihnen gebildeten Arbeitsgemeinschaft übertragen.

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Die Standardisierung ist auf der Basis der sich aus der Statistik KM 6 ergebenden Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten für das gesamte Bundesgebiet durchzuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen ermitteln aus den Ausgabenbeträgen **des Drittels der** Vertragsregionen mit den niedrigsten Ausgabenbeträgen den Mittelwert (Referenzwert) und geben ihn im Bundesanzeiger bekannt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die in den Sätzen 5 bis 7 genannten Aufgaben einer von ihnen gebildeten Arbeitsgemeinschaft übertragen.

(2) Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muss bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein; **der Ausgleichsbetrag verringert sich um die nach § 106 Abs. 8 Nr. 3 vom Prüfungsausschuss für den Budgetzeitraum festgesetzten Regresse.** Der übersteigende Betrag nach Satz 1 ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 1 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach **Absatz 1** Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungs-betrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.

(3) **unverändert**

## Entwurf

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

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

43. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 3c wird wie folgt gefasst:

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

c) Die Absätze 4 bis 4f werden gestrichen.

44. § 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 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, daß, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. Dabei sind diejenigen hausärztlichen Leistungen festzulegen, die von einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nur abgerechnet werden dürfen, wenn eine Bestätigung des Versicherten über die Wahl dieses

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) unverändert

(5) unverändert

43. unverändert

44. § 87 wird wie folgt geändert:

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

**aa) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:**

„Die nach Absatz 2 Satz 1 bestimmten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, daß unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. Dabei sind diejenigen **spezialisierten fachärztlichen** Leistungen festzulegen, **die nur auf Überweisung eines nicht entsprechend**

## Entwurf

Arztes als Hausarzt nach § 76 Absatz 3 Satz 2 seinen Abrechnungsunterlagen beigelegt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, daß die Abrechnung dieser Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt.“

- b) Nach Absatz 2b werden folgende Absätze angefügt:

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

(2d) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen ist wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 30. Juni 2001 nicht zustande, hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von 6 Monaten die Vereinbarung fest.“

45. Nach § 87 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 87a  
Honorarverteilungsmaßstab

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**spezialisierten Vertragsarztes** abgerechnet werden dürfen. **Ferner sind diejenigen hausärztlichen Leistungen festzulegen**, die von einem an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nur abgerechnet werden dürfen, wenn eine Bestätigung des Versicherten über die Wahl dieses Arztes als Hausarzt nach § 76 Abs. 3 Satz 2 seinen Abrechnungsunterlagen beigelegt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, daß die Abrechnung dieser Leistungen für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Quartal erfolgt.“

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

- b) Nach Absatz 2b werden folgende Absätze angefügt:

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

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

45. Nach § 87 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 87a  
Honorarverteilungsmaßstab

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei **im Benehmen** den mit den **Verbänden** der Krankenkassen **festgesetzten** Ver-

## Entwurf

Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam erstmalig bis zum 30. Juni 2000 zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; bei der Vereinbarung sind die nach Absatz 3 zu bestimmenden Kriterien zu beachten. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, daß die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden.

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

teilungsmaßstab an; **dabei** sind die nach Absatz 3 zu bestimmenden Kriterien zu beachten. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zugrunde 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 pro Zeiteinheit gewährleisten.** Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Insbesondere kann vorgesehen werden, daß die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das 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.

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

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

## Entwurf

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

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

(6) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen, mit den ab-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen.

(4) Kommt eine Entscheidung des Bewertungsausschusses nach Absatz 3 Satz 1 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet der erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 bis zum 30. April 2000. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 innerhalb der gesetzten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt bis zum 30. April 2000.

(5) unverändert

(6) unverändert



## Entwurf

gerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 5 zugrunde zu legen.

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

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

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

## § 87b

## Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(7) unverändert

(8) unverändert

(9) unverändert

## § 87b

## Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und nach § 30 Abs. 3 Satz 2 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei den für diese Mehrkosten zugrundeliegenden Leistungen auf das 2,3fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. **Bei Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ist höchstens das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungs-**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**fähig.** Die Begrenzung **nach Satz 2 und 3** entfällt, wenn der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag gemäß § 92 Abs. 1a **und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2d Satz 2** erfüllt hat. Maßgebend ist der Tag des Inkrafttretens der Richtlinien und **der Tag des Beschlusses des Bewertungsausschusses.**“

45a. In § 89 Abs. 8 **werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:**

**„Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit; ist nur eine Kassenart betroffen, wirken der Vertreter dieser Kassenart und einer seiner Stellvertreter mit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können hiervon abweichende Regelungen vereinbaren, jedoch darf die Zahl von zwei Vertretern nicht unterschritten werden. Reduziert sich die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so reduziert sich die Zahl der Vertreter der Zahntechniker entsprechend.“**

46. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von 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

46. § 92 wird wie folgt geändert:

a) **Absatz 1 Satz 2 Nummer 6** wird wie folgt gefasst:

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

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind auf eine ursachengerechte, zahnsubstanzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung auszurichten. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat die Richtlinien auf der Grundlage auch von 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

## Entwurf

der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

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

- b) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.
- c) Absatz 3 wird aufgehoben.
- d) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz eingefügt:

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

47. Nach § 92 wird folgender Paragraph eingefügt:

## „§ 92a

Institut für die Arzneimittelverordnung  
in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Mitglieder der Kommission sind

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

Weitere Mitglieder der Kommission sind

4. ein Sachverständiger der Phytotherapie,
5. ein Sachverständiger der Homöopathie,
6. ein Sachverständiger der anthroposophischen Medizin mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium der Medizin oder Pharmazie.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ist den für die Wahrnehmung der Interessen von Zahntechnikern maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

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

- c) In Absatz 2 werden die Sätze 3, 4 und 5 aufgehoben.
- d) Absatz 3 **Satz 4** wird aufgehoben.
- e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz eingefügt:

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

47. entfällt

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

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

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

(6) In die Vorschlagsliste aufzunehmen sind Arzneimittel, die für eine zweckmäßige, ausreichende und notwendige Behandlung, Prävention oder Diagnostik von Krankheiten oder erheblichen Gesundheitsstörungen geeignet sind; Voraussetzung für diese Eignung ist ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen, gemessen am Ausmaß des erzielbaren therapeutischen Effekts. Den indikationsbezogenen Bewertungen sind jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen. In die

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Bewertungen einzubeziehen sind Qualität und Aussagekraft der Belege, die therapeutische Relevanz der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfolgswahrscheinlichkeit der therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme. Nicht aufzunehmen sind Arzneimittel, die für geringfügige Gesundheitsstörungen bestimmt sind, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkung wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilbar ist. Die Kriterien für die Aufnahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen haben den Besonderheiten der jeweiligen Therapierichtung Rechnung zu tragen.

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

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

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

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

48. § 93 wird aufgehoben. **48. In § 93 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „§ 34 Abs. 1“ die Worte „oder durch Rechtsverordnung auf Grund des § 34 Abs. 2 und 3“ gestrichen.**
49. In § 95 Abs. 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und der Halbsatz „oder wenn der Vertragsarzt in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist und keine nach § 79 Abs. 4 Satz 5 zulässige Tätigkeit als Vertragsarzt ausübt.“ eingefügt. **49. unverändert**
50. In § 95a Abs. 2 und 3 wird jeweils das Wort „drei-jährigen“ durch das Wort „fünfjährigen“ ersetzt. **50. unverändert**
51. In § 96 Abs. 2 wird Satz 3 aufgehoben. **51. unverändert**
52. In § 97 Abs. 2 Satz 4 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ und die Angabe „7“ durch die Angabe „6“ ersetzt. **52. unverändert**
53. § 101 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
- aa) In Nummer 4 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4b Satz 3 und 4“ durch die Angabe „§ 87a Abs. 5 Satz 3 und 4“ ersetzt.**
- bb) In Nummer 5 wird die Angabe „§ 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8“ durch die Angabe „§ 87a Abs. 5 Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8“ und der Punkt durch ein Komma ersetzt.**
- cc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:**
- „6. Voraussetzungen, unter denen der Zulassungsausschuss eine Praxis in den Fällen des § 103 Abs. 4 schließen kann, insbesondere wenn deren Praxisumfang erheblich unter dem Durchschnitt des Praxisumfanges der Praxen in der Fachgruppe liegt oder wenn auf Grund der besonderen lokalen Versorgungsdichte kein Versorgungsbedarf für die Praxis besteht sowie Einzelheiten des Verfahrens.“
- „6. Voraussetzungen, unter denen der Zulassungsausschuss eine Praxis in den Fällen des § 103 Abs. 4 schließen kann, insbesondere wenn deren Praxisumfang erheblich unter dem Durchschnitt des Praxisumfanges der Praxen in der Fachgruppe liegt oder wenn auf Grund der besonderen lokalen Versorgungsdichte kein Versorgungsbedarf für die Praxis besteht sowie Einzelheiten des Verfahrens.“

## Entwurf

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden in Nummer 2 das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.
- bb) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3.
- c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Hausärzten und Internisten, die nach dem 31. Dezember 1999 gestellt werden, mit Ausnahme bei der Praxisübergabe, für die § 103 Abs. 4 entsprechend gilt, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat; die Feststellungen sind erstmals zum Stand vom 30. Juni 2000 bis zum 31. Juli 2000 zu treffen. Anträge nach Satz 5 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.“

54. § 102 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und in Satz 1 wird das Datum „1. Januar 1999“ durch das Datum „1. Januar 2003“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

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

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

„(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet, kann der Zulassungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landesverbandes einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Ersatzkassen die Praxis nach den Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen nach § 101 Abs. 1 Nr. 6 gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) unverändert

- c) Folgender Absatz wird angefügt:

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

54. unverändert

55. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

schließen. Die Kosten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits, den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen andererseits zu gleichen Teilen getragen. Wird die Praxis nicht nach Satz 1 geschlossen und soll sie von einem Nachfolger weiter geführt werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in dem für die amtliche Bekanntmachung vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbung zu erstellen. Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, eine Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Ab 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze grundsätzlich nur Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt.“

56. § 106 wird wie folgt gefasst:

„§ 106  
Wirtschaftlichkeitsprüfung in der  
vertragsärztlichen Versorgung

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

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach Absatz 5 (Auffälligkeitsprüfung),

56. § 106 wird wie folgt gefasst:

„§ 106  
Wirtschaftlichkeitsprüfung in der  
vertragsärztlichen Versorgung

(1) unverändert

(2) unverändert



## Entwurf

2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

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

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

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

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

(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und ein-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen. **Die Prüfungen nach Durchschnittswerten sind für den Zeitraum eines Quartals, die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen.** Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen nach Absatz 5 geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt. Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auf der Grundlage der arzt- und versichertenbezogenen Daten über die erbrachten, verordneten und veranlassten Leistungen für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind, **soweit aufgrund der für die Prüfung bereitgestellten Daten dafür Veranlassung besteht,**

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

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

(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und ein-

## Entwurf

heitlich. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

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

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

heitlich. **Sie können über die in Absatz 2 bestimmten Prüfungsarten hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren.** In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.

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

(6) unverändert

(7) unverändert

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

## Entwurf

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

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

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

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

57. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106a  
Abrechnungsprüfung

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

(9) **unverändert**

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

57. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106a  
Abrechnungsprüfung

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

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

## Entwurf

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

58. § 108 wird wie folgt gefasst:

„§ 108  
Zugelassene Krankenhäuser

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

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

59. § 109 wird wie folgt gefasst:

„§ 109  
Abschluss von Versorgungsverträgen  
mit Krankenhäusern

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

gen; **die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.**

(3) unverändert

58. unverändert

59. § 109 wird wie folgt gefasst:

„§ 109  
Abschluss von Versorgungsverträgen  
mit Krankenhäusern

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

## Entwurf

bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

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

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

nach § 110 bewirkt. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.

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

Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

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

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

## Entwurf

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

60. Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

## „§ 109a

## Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**eines Versorgungsvertrages sowie den Abschluss eines Versorgungsvertrages durch die Landesbehörde entscheiden die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug.**

(4) unverändert

60. Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

## „§ 109a

## Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

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

## Entwurf

61. § 110 wird wie folgt gefasst:

„§ 110  
Kündigung von Versorgungsverträgen  
mit Krankenhäusern

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

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben jede Kündigung eines Versorgungsvertrages der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Landesbehörde kann die Kündigung beanstanden, wenn die Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a entsprechen, aber nicht beachtet worden sind und das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Die Kündigung wird wirksam, wenn die Landesbehörde innerhalb von drei Monaten nach Anzeige der Kündigung eine Beanstandung nicht erhebt oder ausdrücklich zustimmt. Gegen eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

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

- a) Nummer 4 wird gestrichen.
- b) In Nummer 6 wird folgender Halbsatz angefügt:  
„soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist,“

63. § 113 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
„Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung“
- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:  
„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung können gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses sowie die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch von ihnen bestellte Prüfer untersuchen

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

61. § 110 wird wie folgt gefasst:

„§ 110  
Kündigung von Versorgungsverträgen  
mit Krankenhäusern

(1) unverändert

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

62. unverändert

63. § 113 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert
- b) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

lassen; mit der Prüfung der Qualität kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt werden. Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.“

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

- a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

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

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

66. § 115b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausesellschaft oder die Bundesverbände der

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

- d) unverändert

64. unverändert

65. unverändert

66. § 115b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausesellschaft oder die Bundesverbände der



## Entwurf

Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

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

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

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

67. Nach § 116 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 116a  
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Krankenhäuser mit qualifizierten Krankenhausärzten sind auf Überweisung eines Vertragsarztes für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß dem Katalog nach Satz 2 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt, soweit und solange die regionale Versorgung nicht durch qualifizierte Vertragsärzte sichergestellt ist; für die Qualifikation

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

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

67. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend. Ein Katalog der ambulant zu erbringenden hochspezialisierten Leistungen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Das ermächtigte Krankenhaus hat unter Bezeichnung der hochspezialisierten Leistungen seine beabsichtigte Tätigkeitsaufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber anzuzeigen. Es darf die Behandlung erst aufnehmen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung nicht innerhalb von vier Wochen nach der Anzeige der Ermächtigung widersprochen hat. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Krankenhauses, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung vorliegen; bei Stimmengleichheit gilt der Widerspruch als abgelehnt. Bei Anrufung des Berufungsausschusses findet § 96 Abs. 4 Satz 2 keine Anwendung. Widerspricht die Kassenärztliche Vereinigung dem Fortbestand der Ermächtigung, gilt Satz 5 und 6 entsprechend.

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

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

67a. § 118 wird wie folgt gefasst:

## „§ 118

## Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeu-

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

tische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

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

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

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „, mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a,“ eingefügt.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
„Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken ist im Benehmen mit den Trägern der Hochschulkliniken zu vereinbaren.“

68. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „, Polikliniken und sonstiger“ durch das Wort „und“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:  
„Die Leistungen der Polikliniken, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Trägern der Hochschulen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Polikliniken soll eine Abstimmung mit der Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a) erfolgen und mindernd berücksichtigt werden, daß die Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre erfolgt. Bei Polikliniken an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist zusätzlich ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „, mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhäuser nach § 116a“ eingefügt.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

69. Nach § 125 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 125a  
Versorgungsverträge mit ambulanten  
Rehabilitationseinrichtungen

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

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

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

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

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

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

69. Nach § 125 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 125a  
Versorgungsverträge mit ambulanten  
Rehabilitationseinrichtungen

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

(2) **unverändert**

(3) **unverändert**

(4) **unverändert**

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

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

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

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

## Entwurf

- „2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,“
- b) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummern 3 und 4.
71. Nach § 132a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 132b  
Versorgung mit Psychotherapie

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

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

72. § 133 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:
- „Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Entgelte vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 zu beachten.“
- b) Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden die Sätze 3 bis 7.

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

„Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung“

74. § 135 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
- „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“
- b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stimmen ihren Arbeitsplan und die

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- „2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln **nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2,**“
- b) **unverändert**
71. Nach § 132a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 132b  
Versorgung mit Psychotherapie

(1) **unverändert**

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

72. **unverändert**

73. **unverändert**

74. **unverändert**

## Entwurf

Bewertungsergebnisse nach Satz 2 mit dem Ausschuss Krankenhaus (§ 137c) ab.“

c) Die Absätze 3 bis 6 werden aufgehoben.

75. § 135a wird aufgehoben.

76. § 136 wird wie folgt gefasst:

## „§ 136

## Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

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

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

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

77. Nach § 136 werden folgende Paragraphen eingefügt:

## „§ 136a

## Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

75. unverändert

76. § 136 wird wie folgt gefasst:

## „§ 136

## Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 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 und stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet**, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.

(3) entfällt

77. Nach § 136 werden folgende Paragraphen eingefügt:

## „§ 136a

## Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

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

## Entwurf

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

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

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

## § 136b

## Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere aufwendiger medizintechnischer** Leistungen, und
3. **Kriterien für Qualitätsprüfungen und den Inhalt sowie Umfang der für die Qualitätsprüfungen vorzulegenden Unterlagen einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern, sowie der vorzuhaltenden Dokumentation.**

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

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

## § 136b

## Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

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

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

## Entwurf

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

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

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

(4) § 136a Abs. 2 gilt entsprechend.“

78. § 137 wird wie folgt gefasst:

„§ 137  
Qualitätssicherung bei zugelassenen  
Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhäuser gemeinsam vereinbaren im Benehmen mit

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

78. § 137 wird wie folgt gefasst:

„§ 137  
Qualitätssicherung bei zugelassenen  
Krankenhäusern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen **und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärzte-**



## Entwurf

der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, soweit deren Belange berührt sind, Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Dabei sind die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen zu berücksichtigen; dazu ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach § 136 Abs. 2 Nr. 1 und die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 Nr. 2,
2. Kriterien für die Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, einschließlich aufwendiger medizintechnischer Leistungen, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

1. die verpflichtenden Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 2 **sowie** die grundsätzlichen Anforderungen an **ein** einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
2. Kriterien für die **indikationsbezogene** Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, **insbesondere** aufwendiger medizintechnischer Leistungen, **und die Dokumentation** der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Voraussetzungen sowie Bemessungs- und Verfahrensgrundsätze, nach denen Abschläge von der Vergütung bei zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden können, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

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

## Entwurf

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

79. In § 137a Abs. 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 137 Satz 4“ durch die Angabe „§ 137 Abs. 2 Satz 3 und § 137d Abs. 4 Satz 2“ ersetzt.

80. § 137b wird wie folgt gefasst:

„§ 137b  
Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der  
Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Krankenpflegerberufe 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.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

79. **§ 137a wird aufgehoben**

80. § 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 Krankenpflegerberufe 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.“

## Entwurf

81. Nach § 137b werden folgende Paragraphen eingefügt:

## „§ 137c

## Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überprüfen auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, daß die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt. Die Beteiligten nach Satz 1 stimmen Arbeitsplan und Bewertungsergebnisse mit den für die Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und die Überprüfung der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen 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. § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Beteiligten nach Absatz 1 vereinbaren das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Ausschussmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten; kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2000 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Aufsicht über die Geschäftsführung des Ausschusses führt das Bundesministerium für Gesundheit.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

81. Nach § 137b werden folgende Paragraphen 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 Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 zuständigen Bundesausschüssen ab.

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

## Entwurf

## § 137d

## Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

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

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

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

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

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

(4) Bei dem Abschluss von Verträgen nach § 111 sind die Vereinbarungen nach Absatz 1 und bei dem Abschluss von Verträgen nach §§ 125 Abs. 2 und 125a Abs. 1 die Vereinbarungen nach Absatz 2 zu beachten. Die Verträge nach § 111 Abs. 2 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen; soweit die Qua-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## § 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 Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung.

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

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

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

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

(4) Bei dem Abschluss von Verträgen nach § 111 sind die Vereinbarungen nach Absatz 1 und bei dem Abschluss von Verträgen nach §§ 125 Abs. 2 und 125a Abs. 1 die Vereinbarungen nach Absatz 2 zu beachten. Die Verträge nach § 111 Abs. 2 sind, soweit darin Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart werden, unter Beteiligung der Ärztekammern abzuschließen; soweit die Qua-

## Entwurf

litätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

litätssicherungsmaßnahmen den Pflegebereich betreffen, sind die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe zu beteiligen. **Für das Prüfungsverfahren gilt § 113 entsprechend“**

## „§ 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, mit Ausnahme der Bundesärztekammer, errichten als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuss.

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

(3) Der Koordinierungsausschuss beschließt

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Die Beschlüsse nach Nr. 1 und 2 sind für die Krankenkassen, die zugelassenen Krankenhäuser und die Vertragsärzte, mit Ausnahme der Vertragszahnärzte, unmittelbar verbindlich. Der Koordinierungsausschuss gibt Empfehlungen für die Grundsätze zur Vergütung der Dokumentation. Zur Vorbereitung seiner Entscheidungen wird bei dem Koordinierungsausschuss eine sachverständige Stabsstelle eingerichtet, die sich externen wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen kann. § 94 gilt entsprechend. Vor der Entscheidung über die Beschlüsse nach Satz 1 ist der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.

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

(5) Vor der Entscheidung des Koordinierungsausschusses über die Beschlüsse nach Absatz 3 Satz 1 ist den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Versorgung- 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.“

82. Nach dem Zehnten Abschnitt wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Elfter Abschnitt  
Beziehungen zu Leistungserbringern  
in der integrierten Versorgung

§ 140a  
Integrierte Versorgung

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

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere über die

82. Nach dem Zehnten Abschnitt wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Elfter Abschnitt  
Beziehungen zu Leistungserbringern  
in der integrierten Versorgung

§ 140a  
Integrierte Versorgung

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

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Die Satzung der Krankenkasse regelt das Nähere über die

## Entwurf

Rechte und Pflichten der teilnehmenden Versicherten einschließlich des Verfahrens, in dem sie ihre Entscheidung über die Teilnahme zu treffen haben. Soweit die Verträge nach den §§ 140b und 140d die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen oder zulassen, ist hierzu die schriftliche Einwilligung der betroffenen Versicherten einzuholen.

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

## § 140b

## Verträge zu integrierter Versorgung

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

(2) Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Kassenärztlichen Vereinigungen,

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

(3) unverändert

## § 140b

## Verträge zu integrierter Versorgung

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

## Entwurf

- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

gungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, **Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 125a Abs. 1 besteht**, oder deren Gemeinschaften,

- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer,

abgeschlossen werden.

(3) **unverändert**

(4) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2, 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, daß sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. **Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und der Ausschuss nach § 137c Abs. 2 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben.**



## Entwurf

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

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

§ 140c  
Vergütung

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

§ 140c  
Vergütung

(1) **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.

## Entwurf

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

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

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

## § 140d

## Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

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

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der Integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindeststandards interner Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags und hierauf aufbauender Kriterien für eine externe Qualitätssicherung

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

(3) **unverändert**

(4) **unverändert**

## § 140d

## Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung

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

1. Regelungen zum Inhalt und zu den Mindeststandards des Versorgungsauftrags der Integrierten Versorgung,
2. Regelungen zu den Mindestanforderungen **an die** Qualitätssicherung bei der Übernahme eines Versorgungsauftrags **auf der Basis der nach § 136, § 136a Abs. 1, § 136b Abs. 1 und 2 und**

## Entwurf

- insbesondere der Gewährleistung der Diagnostik und Therapie durch Anwendung von nach § 136 Abs. 2 Nr. 3 anerkannten Leitlinien. Eine Zertifizierung kann in regelmäßigen Abständen vorgesehen werden,
3. Regelungen über die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte,
  4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung, die sicherstellen, daß Gesamtvergütungen und andere Budgets der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend einem im in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab verringert werden, soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind,
  5. Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung unter Einschluss der Integrationsversorgung nach § 140a und des Zahlungsausgleichs hierfür zwischen den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Integrationsversorgung,

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

§ 140e  
Empfehlungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen von Leistungserbringern Empfehlungen zur Integrationsversorgung vereinbaren. Für den Inhalt dieser Empfehlungen gilt § 140d entsprechend.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- § 137e Abs. 3 bestimmten Richtlinien.** Eine Zertifizierung kann in regelmäßigen Abständen vorgesehen werden,
3. Regelungen über die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung einschließlich der Festlegung von einer Mindest- oder Höchstzahl der teilnehmenden Vertragsärzte **sowie Regelungen zur Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2, wenn die integrierte Versorgung nach § 140b Abs. 1 eine oder mehrere der in § 73 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 12 genannten Leistungen einschließt,**
  4. Regelungen zur Finanzierung der integrierten Versorgung und ihrer Vergütung **sowie Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen,** die sicherstellen, dass Gesamtvergütungen entsprechend einem in den Rahmenvereinbarungen festzulegenden Maßstab **bereinigt werden,** soweit die budgetzugehörigen Leistungsbereiche Bestandteil der integrierten Versorgung geworden sind. **Die Regelungen zur Vergütung und zur Bereinigung haben die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Die Rahmenvereinbarung muss Regelungen vorsehen, nach denen das Ergebnis der Anwendung der Bemessungs- und Bereinigungskriterien spätestens ein Jahr nach Abschluss der Vereinbarung über die Vergütung und Bereinigung überprüft wird.**
  5. Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung unter Einschluss der Integrationsversorgung nach § 140a und des Zahlungsausgleichs hierfür zwischen den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Trägern der Integrationsversorgung,

(2) **unverändert**

§ 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

## Entwurf

## § 140f

## Bereinigung von anderen bereichsspezifischen Vergütungen

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

## § 140g

## Bonus in der integrierten Versorgung

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

sen 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 zu bereinigen. § 89 gilt.**

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

**(3) Schließt die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln nicht ein, sind die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 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 in den nach § 140b und in der Satzung der Krankenkasse festgelegten Teilnahmebedingungen mindestens ein Jahr eingehalten haben** nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Voraussetzungen für die Bonusleistung zu überprüfen. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach den §§ 140b und 140d zu regeln.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## § 140h

## Offenlegungspflichten

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

1. die Kriterien über die Aufnahme neuer Leistungserbringer in die Vertragspartnerschaft, soweit diese Kriterien nicht Gegenstand des Vertrags nach § 140b sind,
2. Namen und Anschriften der Eigenkapitalgeber der Vertragspartner nach § 140b Abs. 2,
3. von Dritten erhaltene Zuwendungen.“

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

„Fünftes Kapitel  
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;  
Globalbudget“

84. Dem § 141 wird folgender Absatz angefügt:

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

85. § 142 wird wie folgt gefasst:

„§ 142  
Globalbudget

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

83. unverändert

84. § 141 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie. Das Bundesministerium für Gesundheit **beruft** einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. **Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter-, und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von 2 Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.**“

85. § 142 wird wie folgt gefasst:

„§ 142  
Globalbudget

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

## Entwurf

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

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

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

(4) Bei einer drohenden oder tatsächlichen Überschreitung der Obergrenze nach Absatz 1 hat

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Übersteigt die nach Absatz 8 Satz 1 festgestellte Veränderungsrate für das Beitrittsgebiet die Veränderungsrate für das übrige Bundesgebiet, sind abweichend von Satz 2 diese Veränderungsrate jeweils zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Versichertenanzahl und -struktur **der Krankenkasse** sind zu berücksichtigen; **Grundlage sind die Erhebungen nach § 267 Abs. 2. Das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich.**

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

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

(4) **unverändert**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

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

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

(5) unverändert

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

(7) unverändert

(8) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

gemacht. Die Feststellung der Veränderungsraten im Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber den entsprechenden Vorjahreszeiträumen erfolgt am Tag nach Inkrafttreten dieses Gesetzes und wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.“

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

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

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

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

- 87a. 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.“**

- 87b. In § 210 Abs. 2 wird die Angabe „135 Abs. 3“ durch die Angabe „136a Abs. 1, 136b Abs. 1“**

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

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

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

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

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

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



## Entwurf

91. Nach § 219 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 219a  
Deutsche Verbindungsstelle  
Krankenversicherung-Ausland

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

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

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

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

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

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

§ 219b  
Verwaltungsrat der Verbindungsstelle

(1) Der Verwaltungsrat hat

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

91. Nach § 219 werden folgende Paragraphen 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 Inkrafttreten dieser Vorschrift dem AOK-Bundesverband in seiner Eigenschaft als Verbindungsstelle übertragen waren. Insbesondere gehören hierzu:

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

(2) **u n v e r ä n d e r t**

(3) **u n v e r ä n d e r t**

(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) **u n v e r ä n d e r t**

## Entwurf

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

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

## § 219c

## Ständiger Arbeitsausschuss der Verbindungsstelle

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

## § 219d

## Finanzierung und Aufsicht über die Verbindungsstelle

(1) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch die von den Mitgliedern im Voraus zu tragenden Umlagen und die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Berechnungsgrundlage für die Umlagen sind die Versicherungszahlen. 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 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, 73 bis 76 Abs. 1 und 2, § 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Abs. 3a des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches und § 263 entsprechend.

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

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**(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) unverändert

## § 219c

unverändert

## § 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) unverändert

(3) unverändert

92. unverändert

93. unverändert

## Entwurf

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

95. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3a wird folgender Satz angefügt:

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

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

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

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

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

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

98. § 257 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

95. § 240 wird wie folgt geändert:

a) un verändert

b) un verändert

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.**

96. un verändert

97. un verändert

98. § 257 wird wie folgt geändert:

a) un verändert

b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) un verändert

## Entwurf

die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,“

bbb) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern eingefügt:

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

bbb) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern 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 ergänzenden Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und

## Entwurf

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

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

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

- bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 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 (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) annehmen.

- ccc) unverändert

- bb) unverändert

- c) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

99. § 258 wird wie folgt geändert:

99. unverändert

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
„Beitragszuschüsse für andere Personen“
- b) In Satz 1 werden dem Wort „Bezieher“ folgende Wörter vorangestellt:  
„In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie“.

100. § 265a wird wie folgt gefasst:

100. entfällt

„§ 265a  
Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitglieds-kassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbs-fähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit von zwei Dritteln der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen. Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse.“

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

101. unverändert

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

102. unverändert

103. § 275 wird wie folgt gefasst:

103. § 275 wird wie folgt gefasst:

„§ 275  
Begutachtung und Beratung

„§ 275  
Begutachtung und Beratung

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

(1) unverändert

1. in der ambulanten Versorgung, einschließlich Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung,
2. in der vertragszahnärztlichen Versorgung, einschließlich Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung und über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistungen,

## Entwurf

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

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

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

(2) Eine Prüfung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 hat im Einzelfall zu erfolgen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung, nach dem Krankheitsverlauf oder bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist. Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben. In geeigneten Fällen hat der Medizinische Dienst in seiner Stellungnahme im Benehmen mit dem behandelnden Arzt die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere die Aufstellung eines Gesamtplanes nach § 5 Abs. 3 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes, bei Arbeits-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## Entwurf

unfähigkeit Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere die Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. Die Krankenkassen sollen den Medizinischen Dienst informieren, wenn sie von dem Ergebnis der Prüfung oder der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes abweichen. Unterstützt eine Krankenkasse einen Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66), kann sie eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen. Das Nähere über die Begutachtung im Einzelfall ist in Richtlinien nach § 282 zu regeln.

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

einen Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66), kann sie eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen.“

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

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

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

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

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



## Entwurf

104. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a  
Stationäre Versorgung

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

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

104. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a  
Stationäre Versorgung

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

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

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

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

## Entwurf

105. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1, erster Halbsatz werden die Worte „für die Modellvorhaben nach“ gestrichen. In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angaben „1 bis 3“ durch die Angabe „2“ ersetzt und das Wort „Sozialdaten“ durch die Wörter „personenbezogene Daten, Unterlagen, einschließlich Befundunterlagen, auch von anderen Leistungserbringern,“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „4“ jeweils durch die Angabe „1“ ersetzt.
- cc) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 275“ die Wörter „und § 275a“ eingefügt.
- dd) In Satz 4 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.

ee) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

- a) In Satz 2 werden die Wörter „ am 1. Oktober jeden Jahres“ durch das Wort „jährlich“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

105. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) unverändert
- bb) unverändert
- cc) unverändert
- dd) **Satz 4 wird wie folgt gefasst:**
- „Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, sie länger als fünf Jahre aufzubewahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen“**
- ee) unverändert

b) unverändert

c) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3a“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

d) unverändert

106. unverändert

107. unverändert

## Entwurf

- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:  
 „Einzelheiten sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festzulegen.“
- c) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden die Sätze 4 und 5.

108. § 282 wird wie folgt gefasst:

„§ 282  
 Koordinierung auf Bundesebene

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

108. § 282 wird wie folgt gefasst:

„§ 282  
 Koordinierung auf Bundesebene

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

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

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

## Entwurf

109. § 284 wird wie folgt gefasst:

„§ 284  
Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheins oder der Krankenversichertenkarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen, die Beratung, Aufklärung und Information der Versicherten und der Leistungserbringer,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung,
10. die Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Planung und Durchführung von Modellvorhaben und Verträgen zu integrierten Versorgungsformen.

(2) Die nach Absatz 1 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten dürfen in dem jeweils erforderlichen Umfang auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen gespeichert und zusammengeführt werden, soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 4, 5, 8, 9, 11 und 12 jeweils bezeichneten Zwecke erforderlich ist, versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen auch, soweit es für die in § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten nur

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

109. § 284 wird wie folgt gefasst:

„§ 284  
Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft, einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten,
2. die Ausstellung des Berechtigungsscheins oder der Krankenversichertenkarte,
3. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung,
4. die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Verfahren bei Kostenerstattung und in Härtefällen, die Beratung, **nach Maßgabe des § 305 Abs. 3** Aufklärung und Information der Versicherten und der Leistungserbringer,
5. die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern,
6. die Übernahme der Behandlungskosten in den Fällen des § 264,
7. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,
8. die Abrechnung mit den Leistungserbringern,
9. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung §§ 106, **136a Abs. 2, 136b Abs. 4 bleiben unberührt**,
10. die Abrechnung und Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern,
11. die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
12. die Planung und Durchführung von Modellvorhaben und Verträgen zu integrierten Versorgungsformen.

(2) Die nach Absatz 1 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten dürfen in dem jeweils erforderlichen Umfang auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen gespeichert und zusammengeführt werden, soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 4, 5, 8, 9, 11 oder 12 jeweils bezeichneten Zwecke erforderlich ist, versichertenbezogene Angaben über ärztlich verordnete Leistungen auch, soweit es für die in § 305 Abs. 1 bezeichneten Zwecke erforderlich ist. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten nur

## Entwurf

den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten sind zu löschen, sobald sie für die in Satz 1 bezeichneten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Für andere Zwecke dürfen die Daten nach Absatz 1 nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften angeordnet oder erlaubt ist.

(3) Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn sie aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. Widerspricht der Betroffene bei der speichernden Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzulässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Absatz 1 nicht mehr benötigt werden. Im übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“

110. In § 285 Abs. 1 Nr. 6 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 136a Abs. 2 und § 136b Abs. 4“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung **der in Satz 1 bezeichneten** Zwecke benötigen. Die nach Satz 1 gespeicherten und zusammengeführten Daten sind zu löschen, sobald sie für die in Satz 1 bezeichneten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Für andere Zwecke dürfen die Daten nach Absatz 1 nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch andere Rechtsvorschriften **des Sozialgesetzbuches** angeordnet oder erlaubt ist.

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

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

110. § 285 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Nr. 6 wird die Angabe „(§ 136)“ durch die Angabe „(§ 136a Abs. 2 und § 136b Abs. 4)“ ersetzt.
- b) In Abs. 2 wird die Angabe „§ 83 Absatz 2“ gestrichen und durch die Angabe „§ 106a“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 wird das Wort „, Psychotherapeuten“ gestrichen und nach dem Wort „für“ das Wort „Psychotherapeuten,“ eingefügt.

110a. Dem § 290 wird folgender Satz angefügt:

**„Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Ausgestaltung und Struktur**

## Entwurf

111. § 292 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird § 292; die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
  - b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.
112. Dem § 293 werden folgende Absätze angefügt:

„(4) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verwenden für jeden an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und Zahnarzt ein bundeseinheitliches Kennzeichen (Arzt- und Zahnarzt-Nummer). Die Arzt- und Zahnarzt-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 führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte. Das Verzeichnis enthält den Namen, die Anschrift und die Arzt- und Zahnarzt-Nummer nach Satz 1; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Art und Aufbau der Arzt- und Zahnarzt-Nummer, das Verfahren ihrer Vergabe, das Nähere zur Art ihrer gesetzlich vorgesehenen Verwendung sowie zum

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**der Krankenversichertennummer bestimmen.“**

111. unverändert

112. § 293 wird wie folgt geändert:

- a) **In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen“ eingefügt, und das Wort „bundeseinheitliche“ wird durch die Wörter „das Institutionskennzeichen als bundeseinheitliches“ ersetzt.**

- b) Dem § 293 werden folgende Absätze angefügt:

„(4) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verwenden für jeden an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und Zahnarzt ein bundeseinheitliches Kennzeichen (**Arzt- und Zahnarzt-Nummer**). Die **Arzt- und Zahnarzt-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 führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte. Das Verzeichnis enthält den Namen, die Anschrift und die **Arzt- oder Zahnarzt-Nummer** nach Satz 1; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Art und Aufbau der **Arzt- und Zahnarzt-Nummer**, das Verfahren ihrer Vergabe, das Nähere

## Entwurf

Verfahren der Übermittlung des Verzeichnisses und seiner Änderungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.

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

113. § 294 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
„Pflichten der Leistungserbringer, Datenannahmestellen der Krankenkassen“
- b) In Absatz 1 wird das Wort „Datenverarbeitung“ durch die Wörter „Datenannahme und -verarbeitung“ ersetzt.
- c) Folgende Absätze werden angefügt:  
„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden bis zum 30. Juni 2000 zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 3 Datenannahme-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

zur Art ihrer gesetzlich vorgesehenen Verwendung sowie zum Verfahren der Übermittlung des Verzeichnisses und seiner Änderungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen.

(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisierendes bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken nach § 129 Abs. 1 und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 31. März 2000 auf maschinell verwertbaren Datenträgern **unentgeltlich** zur Verfügung. Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen **unentgeltlich** zu übermitteln. Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Kennzeichen der Apotheke; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.“

113. § 294 wird wie folgt geändert:

- a) **unverändert**
- b) **Absatz 1 wird wie folgt gefasst:**  
„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen, der Datenannahmestellen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenannahme- und -verarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“
- c) Folgende Absätze werden angefügt:  
„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden bis zum **31. Dezember 2000** zur Erfüllung der Aufgaben nach den Absätzen 3

## Entwurf

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

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

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

1. die Abrechnungs- und Leistungsdaten, die abweichend von den Regelungen der §§ 295 Abs. 2, 300 Abs. 1, 301 Abs. 1 und 4, 301a, 302 Abs. 1 den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zu übermitteln sind,
2. einheitliche technische Anforderungen für die Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten durch die Leistungserbringer oder die nach diesem Abschnitt vorgesehenen oder zugelassenen Übermittlungsstellen, für die Aufbereitung und Weiterleitung der nach Nummer 1 bestimmten Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 sowie für das Verfahren der Verschlüsselung und Reidentifikation nach Absatz 2 Satz 5,

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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



## Entwurf

3. das Verfahren der Korrektur von fehlerhaft übermittelten Abrechnungs- und Leistungsdaten,
4. die Inhalte der durch die Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 3 zu erstellenden Statistiken und Auswertungen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

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

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über einheitliche technische Anforderungen für die Struktur und das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach Absatz 2 sowie für die einheitliche Aufbereitung und Weiterleitung der Daten an die Krankenkassen und Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 einschließlich des Verfahrens der Fehlerkorrektur.

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

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

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

114. Nach § 294 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 294a

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bun-

114. unverändert

## Entwurf

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

115. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln; soweit die Klassifikation fünfstelligen Schlüsselnummern enthält, kann die Verwendung dieser Schlüsselnummern vorgesehen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

115. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. **Das Bundesministerium für**

## Entwurf

für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln.“

- b) Absatz 1a wird aufgehoben.
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die Abrechnung der Vergütung sowie für die in § 106 und § 303a Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern die in Absatz 1 genannten Angaben für jedes Quartal unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer nach § 293 Abs. 4; Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle sind kenntlich zu machen.“

- d) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben. Absatz 5 wird Absatz 4.

116. § 296 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird Absatz 1 und wie folgt geändert: Die Wörter „übermitteln die Krankenkassen“ werden durch die Wörter „übermittelt die Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird Absatz 2 und wie folgt geändert: Die Angabe „Absatz 3“ wird durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
- d) Absatz 5 wird Absatz 3 und wie folgt geändert: Die Wörter „Krankenkassen übermitteln“ werden durch die Wörter „Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 1 übermittelt“ ersetzt.

117. § 297 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird Absatz 1 und wie folgt geändert: In Satz 1 werden die Wörter „Krankenkassen übermitteln“ durch die Wörter „Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Absatz 1 übermittelt“, die Angabe „Absatz 3“ wird durch die Angabe

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.“**

- b) unverändert
- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Für die Abrechnung der Vergütung sowie für die in § 106 und § 303a Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den **Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2** auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern die in **Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3** genannten Angaben für jedes Quartal unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer nach § 293 Abs. 4; Überweisungs-, Notarzt- und Vertreterfälle sind kenntlich zu machen.“

- d) **In Absatz 2a wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.**

- e) **Absatz 3 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Nr. 4 werden die Wörter „Krankenkassen oder deren Verbände“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.**

**bb) Nr. 5 wird gestrichen.**

- f) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben. Absatz 5 wird Absatz 4.

116. § 296 wird **aufgehoben.**

117. § 297 wird **aufgehoben.**

## Entwurf

„Absatz 1“ und die Angabe „Absatz 5“ wird durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird Absatz 2.

118. § 299 wird gestrichen.

119. § 300 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Apotheken“ die Wörter „und weitere Anbieter von Arzneimitteln“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten ausschließlich für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 2 wird folgende Nummer angefügt:

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

120. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Begründung“ die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ angefügt.

bb) In Nummer 6 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und sonstigen Prozeduren“ angefügt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

118. unverändert

119. § 300 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 **wird wie folgt geändert:**

**aa)** In Satz 1 werden nach dem Wort „Apotheken“ die Wörter „und weitere Anbieter von Arzneimitteln“ eingefügt.

**bb)** In Nr. 2 wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Apotheken und weitere Anbieter von Arzneimitteln können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten **für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden.**“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

**aa)** In Nummer 2 wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.

**bb)** Nach Nummer 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

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

**d) Absatz 4 wird aufgehoben.**

120. § 301 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

**bb)** In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Begründung“ die Wörter „bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“ angefügt.

**cc)** In Satz 1 Nummer 6 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und sonstigen Prozeduren“ angefügt.

## Entwurf

- cc) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:
- „7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,“
- dd) In Nummer 8 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „soweit die Klassifikation fünfstellige Schlüsselnummern enthält, kann die Verwendung dieser Schlüsselnummern vorgesehen werden.“
- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Operationen“ die Wörter „und sonstigen Prozeduren“ eingefügt sowie der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können.“
- cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.“
- dd) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
- „Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung anzugeben.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- dd) **Satz 1** Nummer 7 wird wie folgt gefasst:
- „7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,“
- ee) In **Satz 1** Nummer 8 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und“ eingefügt.
- ff) **Satz 2** wird wie folgt gefasst:
- „§ 294a gilt entsprechend.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In **Satz 1** entfallen die Wörter „dem vierstelligen Schlüssel.“
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „**Die Operationen** und sonstigen Prozeduren **nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom 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 § 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können.“
- cc) „Das Bundesministerium für Gesundheit **gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt**; es kann das **Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.**“
- dd) un verändert

## Entwurf

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Sofern bei Entlassung Arbeitsunfähigkeit besteht, erhält die Krankenkasse die Daten nach Satz 1 Nummern 5 und 6 auch dann, wenn sie nicht Kostenträger der Maßnahme ist.“
- bb) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden die Sätze 3 bis 5.

121. § 302 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „die Arztnummer des verordnenden Arztes“ ein Komma und die Wörter „die Verordnung des Arztes mit der Diagnose und den erforderlichen Angaben über den Befund“ eingefügt.
- b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die Daten ausschließlich für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ sowie das Wort „maschinenlesbar“ durch die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ ersetzt.
- bb) In Satz 1 Nr. 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „8“ ersetzt.
- cc) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Sofern bei Entlassung Arbeitsunfähigkeit besteht, erhält die Krankenkasse die Daten nach Satz 1 Nr. 5 und 6 auch dann, wenn sie nicht Kostenträger der Maßnahme ist.“
- 120a. In § 301a werden das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2“ ersetzt und hinter dem Wort „Angaben“ die Wörter „auf maschinell verwertbaren Datenträgern“ eingefügt.

121. § 302 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa Der 1. Halbsatz wird Satz 1 und wie folgt gefasst:
- „Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 auf maschinell verwertbaren Datenträgern in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer oder die Zahnarzt Nummer des verordnenden Arztes oder Zahnarztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 zu übermitteln; die Verordnung des Arztes oder des Zahnarztes mit der Diagnose oder den erforderlichen Angaben über den Befund sind beizufügen.“
- bb) Der 2. Halbsatz (alt) wird Satz 2.
- b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Leistungserbringer nach Absatz 1 können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen Rechenzentren in Anspruch nehmen. **Die Rechenzentren dürfen die Daten für im Sozialgesetzbuch bestimmte Zwecke verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu von einer berechtigten Stelle beauftragt worden sind; anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet und genutzt werden.**“

## Entwurf

122. § 303 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

aa) Folgender Satz 2 wird eingefügt:

*„Sie können die Vergütung bis zu einer Höhe von 90 vom Hundert entrichten, wenn zu erwarten ist, dass eine fehlende oder unzureichende Angabe der Daten nach Satz 1 innerhalb einer von ihnen zu setzenden Frist behoben wird.“*

bb) Satz 2 wird Satz 3 und wie folgt geändert:

*Die Angabe „§ 295 Abs. 1 Satz 3“ wird durch die Angabe „§ 303b Abs. 4“ ersetzt.*

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

122. § 303 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

**„Die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Vereinbarungen oder die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben\*), kann das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen.“**

b) In Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

*„Sie können die Vergütung bis zu einer Höhe von 90 vom Hundert entrichten, wenn zu erwarten ist, dass eine fehlende oder unzureichende Angabe der Daten nach Satz 1 innerhalb einer von ihnen zu setzenden Frist behoben wird.“*

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

*„(4) Die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen; das Bundesministerium für Gesundheit kann sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden. Kommen die Vereinbarungen oder die Richtlinien ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Ge-*

\*) Kursiv gesetzter Text auf den Seiten 96 bis 105 war in der für die zweite und dritte Beratung des Gesetzesentwurfs am 4. November 1999 verteilten Fassung der Beschlussempfehlung wegen Fehlens der Seiten 232 bis 255 nicht enthalten.



## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

123. Nach § 303 werden folgende Paragraphen eingefügt:

## „§ 303a

*Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung*

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam bilden bis zum 30. Juni 2000 zur Verarbeitung der Daten für die in Absatz 2 genannten Zwecke Arbeitsgemeinschaften (§ 219); sie können diese Aufgaben auch einer bereits eingerichteten Arbeitsgemeinschaft übertragen.

(2) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 führen die ihnen nach § 294 Abs. 3 übermittelten Daten zusammen und bereiten sie auf zur Erstellung von Datengrundlagen für die nachgenannten Zwecke:

1. die Durchführung von Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113,
2. die Vereinbarung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets nach § 84 Abs. 1 und die Erfassung der Ausgaben nach § 84 Abs. 2,
3. die Vereinbarung von Richtgrößen nach § 106 Abs. 5,
4. die Beratungen der Vertragsärzte nach § 305a,
5. die Erfüllung von Steuerungsaufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände, insbesondere im Rahmen der Bedarfs- und Versorgungsplanung sowie der Vorbereitung und Durchführung der Verträge zur Vergütung der Leistungserbringer nach diesem Buch sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§§ 63ff., 73a, 140a ff.),
6. die Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Institutionen sowie der Strukturen der medizinischen Versorgung und für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.

Die nach Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 106 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärzt-

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

123. Nach § 303 werden folgende Paragraphen eingefügt:

## „§ 303a

*Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung*

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

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

1. die Durchführung von Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 275a und § 113,
2. die Vereinbarung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets nach § 84 Abs. 1 und die Erfassung der Ausgaben nach § 84 Abs. 3,
3. die Vereinbarung von Richtgrößen nach § 106 Abs. 5,
4. die Information und Beratung der Vertragsärzte nach § 305a,
5. die Erfüllung von Steuerungsaufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Landeskrankengesellschaften und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung, der Bedarfs- und Versorgungsplanung sowie der Vorbereitung und Durchführung der Verträge zur Vergütung der Leistungserbringer sowie der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,
6. die Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Institutionen sowie der Strukturen der medizinischen Versorgung und für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder.

## Entwurf

lichen Vereinigungen sowie den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 1 als Grundlage für Entscheidungen über die durchzuführenden Prüfungen übermittelt; sie sind mit Vorschlägen zur Durchführung der Prüfungen zu verbinden. Die nach Satz 1 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 aufbereiteten Daten werden den zuständigen Krankenkassen und ihren Verbänden übermittelt. Die nach Satz 1 Nr. 2 bis 5 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden übermittelt. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets nach § 84 Abs. 1 an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. Die nach Satz 1 Nr. 6 aufbereiteten Daten werden der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen nach Absatz 3 übermittelt. § 304 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Die nach Absatz 2 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach § 106 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 1 als Grundlage für Entscheidungen über die durchzuführenden Prüfungen übermittelt; sie sind mit Vorschlägen zur Durchführung der Prüfungen zu verbinden. Die nach Absatz 2 Nr. 1 für Zwecke der Prüfungen nach §§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 275a und § 113 aufbereiteten Daten werden den zuständigen Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den nach § 113 bestellten Prüfern, die für Zwecke des § 275a aufbereiteten Daten auch dem Medizinischen Dienst, übermittelt. Die nach Absatz 2 Nr. 2, 3 und 5 aufbereiteten Daten werden den Krankenkassen und ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten nach Absatz 2 Nr. 5 auch den Landeskrankengesellschaften sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermittelt. Die nach Absatz 2 Nr. 4 aufbereiteten Daten sind den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeweils ein Kalendervierteljahr unverzüglich zu übermitteln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere über Inhalt und Umfang der nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 jeweils zu übermittelnden Daten; soweit die Aufgaben der Landeskrankengesellschaften oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berührt sind, sind entsprechende Vereinbarungen mit der Deutschen Krankengesellschaft und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu treffen. Die Arbeitsgemeinschaften übermitteln die Daten nach Absatz 2 Nr. 2 für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets nach § 84 Abs. 1 an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft. Die nach Absatz 2 Nr. 6 aufbereiteten Daten werden der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen nach Absatz 4 übermittelt.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

## § 303b

*Rechtsverordnungen und Bekanntgaben des Bundesministeriums für Gesundheit*

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

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 294 Abs. 4 getroffenen Bestimmungen in Hinblick auf die Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben und Zielsetzungen und gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen im Bundesanzeiger bekannt. Sofern die Prüfung

## § 303b

## entfällt

## Entwurf

ergibt, dass die Voraussetzungen nach Satz 1 für die Inkraftsetzung der Bestimmungen nicht gegeben sind, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Bestimmungen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates treffen.

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

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

(5) Sofern die Vereinbarungen nach den §§ 295 Abs. 3, 300 Abs. 3, 301 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 4 sowie die Richtlinien nach § 302 ganz oder teilweise nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

124. unverändert

124a. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift lautet:

„Auskünfte an Versicherte, Beratung des Versicherten“

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

c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:

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

(4) Sozialdaten, die ein Versicherter einem Mitarbeiter einer Krankenkasse zum Zweck seiner Beratung anvertraut hat, dürfen von diesem

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

*nur weitergegeben werden, wenn der Versicherte eingewilligt hat, oder wenn Voraussetzungen vorliegen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuchs genannten Personen dazu befugt wäre. Gibt der Mitarbeiter ihm anvertraute Sozialdaten weiter, so dürfen diese vom Empfänger nur zu dem Zweck weitergegeben werden, zu dem er diese befugt erhalten hat.“*

125. Nach § 305 wird folgender Paragraph eingefügt:

*„§ 305a  
Information der Vertragsärzte*

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

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

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

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

125. Nach § 305 wird folgender Paragraph eingefügt:

*„§ 305a  
Information der Vertragsärzte*

*(1) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände 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 veranlasseten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit gemäß § 106 Abs. 3 beraten. Die Übersichten nach Satz 1 werden von der Arbeitsgemeinschaft im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 303a Abs. 2 erstellt die Übersichten sind unverzüglich zu löschen, sobald sie nicht mehr erforderlich sind. Das Verfahren der Beratung kann von den Vertragspartnern nach § 106 Abs. 1 vereinbart werden.“*

126. § 306 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

126a. § 309 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

*„(1) Soweit Vorschriften dieses Buches*

- 1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt vom 1. Januar 2001 an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Gebiet,*
- 2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches auch in dem*

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

*in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Gebiet.“*

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

*„Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrags genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wurde.“*

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

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

128. § 311 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

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

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

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

129. § 313a Abs. 3 wird aufgehoben.

127. unverändert

128. § 311 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

*„Der Zulassungsausschuss hat den Antrag einer Einrichtung auf Verlegung ihres Sitzes zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.“*

c) unverändert

128a. In § 312 werden die Absätze 7a und 7b aufgehoben.

128b. § 313 Abs. 10 wird aufgehoben.

129. § 313a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „ab 1999“ durch die Angabe „für die Kalenderjahre 2001 bis 2005“ ersetzt.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

bb) Folgende Nummern werden angefügt:

- „3. Die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 2 Satz 3) sowie der Beitragsbedarf (§ 266 Abs. 2 Satz 2) sind für die Versicherten im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 einschließlich Berlin getrennt zu ermitteln und zugrunde zu legen.
4. Die Werte nach Nummer 3 sind zusätzlich für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.
5. Für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen (§ 266 Abs. 2) der Krankenkassen in dem in Nummer 1 genannten Gebiet sind die nach Nummer 1 ermittelten standardisierten Leistungsausgaben um den Unterschiedsbetrag zwischen den Werten nach Nummer 4 und nach Nummer 1, gewichtet mit den Faktor nach Nummer 7 zu erhöhen.
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 den Faktor nach Nummer 7 zu verringern.
7. Der Gewichtungsfaktor beträgt im Jahr 2001 20 vom Hundert und erhöht sich bis zum Jahr 2005 jährlich um 20 Prozentpunkte.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Veränderungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen in dem in Absatz 1 Nr. 1 genannten Gebiet, die auf die Rechtsangleichung im Risikostrukturausgleich ab dem 1. Januar 2000 zurückzuführen sind (Absatz 1), dürfen nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise nach den Vorschriften des Vierten Kapitels, der §§ 63 und 64 und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen über die für dieses Gebiet maßgebliche Rate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 hinaus führen. § 142 Abs. 3 Satz 3 und 4 gilt.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

130. Nach § 313a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 313b

Risikostrukturausgleich im Jahr 2000

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

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

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



## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## Artikel 1a

## Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „Datenannahmestelle nach § 294 Abs. 2“ ersetzt.
2. § 302 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 wird der 1. Halbsatz wie folgt gefasst:

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

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

## Artikel 2

## Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 26 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
  - „5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.“

## Artikel 2

unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. § 135 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 4 wird das Wort „und“ gestrichen.
  - b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach dem Komma das Wort „und“ eingefügt.
  - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer angefügt:

„6. für Zeiten, in denen Versicherungspflicht wegen der außerschulischen Ausbildung von nicht satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft bestand, das Entgelt, das der Beitragsberechnung zu Grunde zu legen war.“
3. § 207a Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. nach § 6 Abs. 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,“
4. § 345 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,“
  - b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.
5. § 347 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

„4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,“
  - b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 5 und 6.
6. § 349 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

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

## Entwurf

1. in Einrichtungen für Behinderte an einer Maßnahme teilnehmen, die ihnen die Erwerbstätigkeit ermöglichen soll,
2. in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder
3. in geistlichen Genossenschaften oder ähnlichen religiösen Gemeinschaften als nicht satzungsmäßige Mitglieder für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden,

gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.“

**Artikel 3****Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

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

1. § 20 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „ohne Arbeitsentgelt“ eingefügt.
  - b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:
 

„(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.“
2. § 25 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:
 

„5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, mindestens jedoch 630 Deutsche Mark, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.“
  - b) In Satz 2 wird das Wort „gilt“ durch die Wörter „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten“ ersetzt.
3. Dem § 27 wird folgender Satz angefügt:
 

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 4. § 61 wird wie folgt geändert:

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

- b) In Absatz 6 Nr. 3 werden nach dem Wort „betreibt“ folgende Wörter eingefügt:

„oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.“

- c) In Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

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

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

- a) In Satz 1 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.

- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 96 Abs. 3 Satz 1, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 sowie § 276 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend.“

- c) Satz 3 wird aufgehoben.

## 6. In § 110 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe g werden die Wörter „regelmäßig im Monat ein Siebtel der mo-

## 4. unverändert

## 4a. § 96 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

- b) Absatz 2 wird gestrichen.

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

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

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

- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder den Verlauf der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist, sie länger als 5 Jahre aufzubewahren, sind sie spätestens nach zehn Jahren zu löschen.“

- b) unverändert

- c) unverändert

## 6. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

natlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches“ durch die Wörter „die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen“ ersetzt.

**Artikel 4****Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

1. § 7 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Krankenhausplanung sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. Die zuständige Landesbehörde stellt das Investitionsprogramm im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf; mit den übrigen unmittelbar Beteiligten sind einvernehmliche Regelungen anzustreben. Soweit Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht hergestellt wird, entscheidet auf Antrag einer der Parteien die Schiedsstelle nach Absatz 3. Die Landesbehörde ist an die Entscheidung der Schiedsstelle nicht gebunden.“
  - b) Folgende Absätze werden angefügt:

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

(4) Entsteht in der Folge einer vom Land beanstandeten Kündigung oder Teilkündigung eines Krankenhauses gemäß § 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein Zahlungsanspruch des Landes gegen den Krankenhausträger wegen nicht vollständig abgeschriebener Investitionen für Maßnahmen, die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 2005 bis zum 31. Dezember 2007 und im übrigen Bundesgebiet vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2007 in das Investitionsprogramm aufgenommen wor-

**Artikel 4****Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

1. unverändert

## Entwurf

den sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zur Zahlung verpflichtet, wenn seit der Aufnahme in das Investitionsprogramm nicht mehr als 15 Jahre vergangen sind. Der Krankenhausträger hat Veräußerungserlöse oder sonstige geldwerte Vorteile aus der Verwertung oder Nutzung des Krankenhauses an das Land abzuführen. Die Zahlungspflicht der Krankenkassen vermindert sich um den vom Krankenhausträger an das Land abgeführten Betrag. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haften dem Land jeweils nur im Verhältnis der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen zueinander, die Verbände der Ersatzkassen entsprechend der Zahl der Mitglieder ihrer Mitgliedskassen mit Wohnsitz im jeweiligen Land.“

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

3. § 9 wird wie folgt geändert:

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

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

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Für die Finanzierung der Investitionen nach Absatz 3 gilt ab der Einführung des neuen Vergütungssystems § 17c Abs. 4 Satz 2. Im Jahr 2003 zahlt das Land an die Landesverbände der Krankenkassen, den Verband der Ersatzkassen und den Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung monatlich ein Zwölftel der im Jahr 1998 insgesamt gezahlten Pauschalförderung; in den Jahren 2004 bis 2008 wird dieser Betrag jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Die Zuweisung der Mittel erfolgt entsprechend den auf die Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entfallenden Anteilen an der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage der Krankenhäuser im Land im jeweiligen Vorjahr; beim Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden die auf beihilfekonforme Prozenttarife entfallenden Tage mit 35 vom Hundert gewichtet. Die Weiterleitung der Mittel an die kostentragenden Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen sowie an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. unverändert

3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

**b) In Absatz 2 werden nach dem Wort ,be**

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

d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Für die Finanzierung der Investitionen nach Absatz 3 **und der Investitionskosten der Hochschulkliniken nach § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 1** gilt ab der Einführung des neuen Vergütungssystems § 17c Abs. 4 Satz 2. Im Jahr 2003 zahlt das Land an die Landesverbände der Krankenkassen, den Verband der Ersatzkassen und den Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung monatlich ein Zwölftel der im Jahr 1998 insgesamt gezahlten Pauschalförderung **und ein Zwölftel des nach § 17b Abs. 3 Satz 6 ermittelten Betrags**; in den Jahren 2004 bis 2008 **werden diese Beträge** jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Die Zuweisung der Mittel erfolgt entsprechend den auf die Mitgliedskassen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entfallenden Anteilen an der Zahl der Berechnungs- und Belegungstage der Krankenhäuser im Land im jeweiligen Vorjahr; beim Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung werden die auf beihilfekonforme Prozenttarife entfallenden Tage mit 35 vom Hundert gewichtet. Die Weiterleitung der Mittel an die kostentragenden Mitgliedskas-

## Entwurf

erfolgt auf der Grundlage des Verteilungsmaßstabes nach Satz 3.“

4. § 16 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. die Entgelte der Krankenhäuser für stationäre und teilstationäre Leistungen,“.
5. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu bemessen. Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c sind für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget und Pflegesätze zu vereinbaren. Sie müssen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen; die Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Nach Einführung des neuen Vergütungssystems ist für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen und der Zu- und Abschläge nach § 17c Abs. 1 und 6 zu vereinbaren. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“
- b) Absatz 1a wird aufgehoben.
- c) In Absatz 2a Satz 3 werden nach der Angabe „1998“ die Wörter „und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17c“ eingefügt.
- d) In Absatz 4 Nr. 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und nach der Angabe § 18b ein Komma und die Wörter „soweit der Investitionsvertrag vor dem 1. Juli 1999 geschlossen wurde“ eingefügt.
- e) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 werden die Wörter „in den Jahren 1997 bis 1999“ gestrichen.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 sind zweckgebunden zu verwenden; noch nicht verwendete Mittel sind auf einem ge-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

sen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen sowie an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt auf der Grundlage des Verteilungsmaßstabes nach Satz 3.“

4. un verändert
5. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu bemessen. Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c sind für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget und Pflegesätze zu vereinbaren. Sie müssen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags nach § 17b medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen; die Budgets und Pflegesätze vergleichbarer Krankenhäuser sind zu berücksichtigen. Nach Einführung des neuen Vergütungssystems ist für das einzelne Krankenhaus ein Erlösbudget auf der Grundlage der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen und der Zu- und Abschläge nach § 17c Abs. 1 zu vereinbaren. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“
- b) un verändert
- c) un verändert
- d) Absatz 4 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:
- „1. **Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren, die nach § 17c Abs. 4 Satz Hin das neue Entgeltsystem übernommenen Investitionskosten und die Kosten von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b**, soweit der Investitionsvertrag vor dem 1. Juli 1999 geschlossen wurde,“
- e) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
- aa) un verändert
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „**Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nach § 17c** sind die Instandhaltungsmittel nach Satz 3 zweckgebunden

## Entwurf

sonderten Konto zu buchen; über die Verwendung ist ein Nachweis zu führen.“

## 6. § 17a wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

## b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird gestrichen.

## 7. Nach § 17a werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 17b  
Vereinbarung eines landesweiten  
Gesamtbetrags

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

zu verwenden, noch nicht verwendete Mittel auf einem gesonderten Konto zu buchen und ein Nachweis über die Verwendung zu führen.“

## 6. unverändert

## 7. Nach § 17a werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 17b  
Vereinbarung eines landesweiten  
Gesamtbetrags

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren einen Gesamtbetrag als Obergrenze für die Vergütung der im Land erbrachten allgemeinen **vollstationären und teilstationären** Krankenhausleistungen, **soweit diese nach diesem Gesetz vergütet werden**. Dabei sind auch die von anderen Kostenträgern und von nicht versicherten Patienten zu zahlenden Vergütungsanteile einzurechnen. Der Gesamtbetrag darf höchstens um die nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Rate verändert werden. **Im Falle einer Verringerung des stationären Leistungsbedarfs im Sinne des Satzes 1, insbesondere auf Grund von Leistungsverlagerungen oder der Vergütung von Krankenhausleistungen auf Grund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ist der Gesamtbetrag entsprechend niedriger zu vereinbaren; soweit Krankenhäuser an der integrierten Versorgung oder an Modellvorhaben nicht mehr teilnehmen, ist der Gesamtbetrag entsprechend zu erhöhen** Ein höherer Gesamtbetrag kann vereinbart werden, soweit Leistungen aus dem ambulanten Versorgungsbereich oder dem Rehabilitationsbereich verlagert werden und in diesen Bereichen entsprechende Einsparungen **vertraglich abgesichert oder bereits tatsächlich erfolgt sind**. Die Veränderung der Zahl der Versicherten ist zu berücksichti-



## Entwurf

(2) Mehrerlöse des einzelnen Krankenhauses gegenüber dem Erlösbudget nach § 17 Abs. 1 Satz 2 werden nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 anteilig ausgeglichen; die den Krankenhäusern im Land insgesamt verbleibenden Mehrerlösanteile dürfen den gesonderten Teilbetrag nach Absatz 1 Satz 7 zweiter Halbsatz nicht überschreiten. Das Krankenhaus meldet den Beteiligten nach Absatz 1 die tatsächlichen Erlöse aus Pflegesätzen für das abgelaufene Kalenderjahr bis zum 31. Mai jeden Jahres; ein entsprechendes Testat eines Wirtschaftsprüfers, Steuerberaters oder vereidigten Buchprüfers ist beizufügen. Soweit der Teilbetrag nach Abzug entsprechender Mindererlösanteile anderer Krankenhäuser überschritten wird, setzen die Beteiligten nach Absatz 1 abweichend von Satz 1 erster Halbsatz höhere Ausgleichssätze für Mehrerlöse fest.

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

gen. **Der Landeskrankenhausgesellschaft ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** Vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bleiben außer Betracht. Der Gesamtbetrag ist jeweils bis zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr zu vereinbaren, für das Jahr 2000 bis zum 31. Januar 2000; dabei ist ein gesondeter Teilbetrag in Höhe von höchstens 1 vom Hundert für die Vergütung nicht vereinbarter Mehrleistungen festzulegen.

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

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

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

- a) **die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1999 nach § 1 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,**
- b) **die Auswirkungen der Tarifvereinbarungen zum Bundes-Angestelltentarifvertrag für das Jahr 1998 nach § 1 Abs. 3 Satz 1, soweit in den Gesamtbeträgen für 1999 nicht berücksichtigt,**

## Entwurf

Landes an der Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen zu erhöhen.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) **die Folgekosten von Kapazitätsveränderungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 und 3, soweit diese nicht ganzjährig enthalten sind,**
  - d) **die Erlöse aus der Behandlung von Blutern nach § 2 Satz 4,**
2. **zu verändern um die Auswirkungen einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998,**
  3. **im Beitrittsgebiet zusätzlich um 0,48 Vomhundert zu erhöhen, soweit nicht bereits eine Veränderungsrate in Höhe von Null Vomhundert für das Jahr 1999 bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser zugrunde gelegt wurde.**

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

Vorgeschriebene Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre sind gesondert durchzuführen. Für das Jahr 2003 ist bei Abrechnung der neuen Entgelte nach § 17c auf Grund der Übernahme der bisherigen Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 der Gesamtbetrag zusätzlich um den Betrag zu erhöhen, den das jeweilige Land im Jahr 1998 für Pauschalförderung aufgewandt hat; **er ist auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monetarische Krankenhausfinanzierung zusätzlich um den nach Satz 6 ermittelten Betrag zu erhöhen.** Für jedes Land ist die im Jahr 1998 gezahlte Pauschalförderung nach § 9 Abs. 6 Satz 2 ins Verhältnis mit der nach Satz 1 bestimmten Summe der Gesamtbeträge der einzelnen Krankenhäuser ohne Hochschulkliniken zu setzen; die so ermittelte Verhältniszahl ist mit der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des jeweiligen Landes zu vervielfachen. Für die Jahre 2004 bis 2008 werden die zusätzlichen Beträge nach Satz 5 jährlich um jeweils ein Fünftel abgesenkt. Für das Jahr 2008 sind die Gesamtbeträge auf Grund der Übernahme der bisherigen Einzelförderung nach § 9 Abs. 1 und 2 zusätzlich um insgesamt 2,8 Milliarden Deutsche Mark zu erhöhen, **der einzelne Gesamtbetrag** entsprechend dem Anteil des einzelnen Landes an der Summe der von den Ländern im Jahr 1998 insgesamt finanzierten Einzelfördermaßnahmen; **auf Grund der Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monetarische Krankenhausfinanzierung sind vorbehaltlich einer bundesrechtlichen Regelung nach Absatz 4 die Gesamtbeträge zusätzlich um insgesamt 430 Millionen Deutsche Mark zu erhö-**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

hen, der einzelne Gesamtbetrag entsprechend dem Anteil der Summe der Gesamtbeträge der Hochschulkliniken des einzelnen Landes nach Artikel 7 § 1 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Jahr 1999 an der bundesweiten Summe dieser Gesamtbeträge der Hochschulkliniken. Der landesweite Gesamtbetrag wird um 1,1 vom Hundert erhöht, wenn in einem Bundesland die Anwendung des § 17 Abs. 4b Satz 4 entfällt.

(4) Der finanzielle Ausgleich für die Berücksichtigung von Investitionskostenanteilen in den Bewertungsrelationen nach § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 ist im Hinblick auf die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung bis zum 30. Juni 2007 durch eine bundesrechtliche Regelung sicherzustellen, die jährliche Zahlungen des Bundes und der Länder in Höhe von jeweils 215 Millionen Deutsche Mark an die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2008 vorsieht. Die Länder erstatten die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen, die infolge der Einbeziehung von in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern in die monistische Krankenhausfinanzierung entstehen, nach § 58 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 200c der Reichsversicherungsordnung

§ 17c  
Einführung eines pauschalierenden  
Entgeltsystems

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige und mit den Landesverbänden der Krankenversicherungen nach § 18 Abs. 2 vereinbarte Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sowie für die nach Maßgabe dieses Gesetzes und der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen; für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung ist ein Zuschlag zu vereinbaren. Die Fallgruppen und ihre Bewertungs-

§ 17c  
Einführung eines pauschalierenden  
Entgeltsystems

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

## Entwurf

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

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Einführung eines Vergütungssystems, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem orientiert, entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrunde 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. Die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen über Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 3 sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen den Erlösbudgets nach § 17 Abs. 1 Satz 2 zugrunde zu legen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Oktober 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere die zu Grunde zu legenden Fallgruppen. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen. Zur Erprobung des neuen Vergütungssystems sind die

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Einführung eines Vergütungssystems, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem **auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG's)** orientiert, entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrunde 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. Die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen über Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4 sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Fallgruppen, ihre Bewertungsrelationen und die ergänzenden Vereinbarungen den Erlösbudgets nach § 17 Abs. 1 Satz 2 zugrunde zu legen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren bis zum **30. April 2000** die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der zugrunde zu legenden Fallgruppen, **sowie die Grundzüge eines Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems**. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001

## Entwurf

Krankenhäuser verpflichtet ab dem 1. Januar 2002 neben der weiterhin maßgeblichen Abrechnung von Pflegesätzen nach § 17 Abs. 2a parallel ihre Erlöse nach dem neuen Vergütungssystem zu berechnen. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a.

(4) Die Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems bilden ab

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

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

(5) Soweit bis zum 31. Oktober 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der Fallgruppen, sowie ergänzend zu vereinbarende Zu- und Abschläge nicht zustande kommt, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 31. Dezember 2000 den Inhalt durch Rechtsverordnung. Das Bundesministerium kann an den Sitzungen der Vertragspar-

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Bewertungsrelationen **und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen für die Fallgruppen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Der Krankenhausträger teilt den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 bis spätestens zum 30. April 2002 Art, Anzahl und Punktzahl aller im Jahr 2001 erbrachten Leistungen in der Systematik des Vergütungssystems nach Satz 1 mit; Näheres regelt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Es wird budgetneutral eingeführt; dazu wird ein Punktwert für das Krankenhaus ermittelt, der sich aus dem für das Jahr 2003 vereinbarten Erlösbudget des Krankenhauses errechnet. Bei Krankenhäusern, deren Punktwert vom landesweit festgelegten Punktwert abweicht, ist der Punktwert nach Satz 6 für die Jahre 2004 bis 2006 jeweils zu einem Drittel an den landesweit festgelegten Punktwert anzugleichen; bei Krankenhäusern, deren Punktwert niedriger ist als der landesweit festgelegte Punktwert, gilt Absatz 1 Satz 9 ab dem 1. Januar 2003.**

(4) Die Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems bilden ab

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

Die Instandhaltungs- und Investitionskostenanteile sind in den Bewertungsrelationen so zu berücksichtigen, dass sie den entsprechenden Mittelbedarf leistungsbezogen abbilden. Soweit die Entgelte Investitionskosten nach Satz 1 Nr. 2 beinhalten, werden diese Anteile bei **Hochschulkliniken nur vorbehaltlich eines finanziellen Ausgleichs nach § 17b Abs. 4 vergütet.** Die Berücksichtigung der zusätzlichen Kostenanteile im landesweiten Gesamtbetrag regelt § 17b Abs. 3.

(5) Soweit bis zum **30. April 2000** eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens, insbesondere der Fallgruppen, sowie ergänzend zu vereinbarende Zu- und Abschläge nicht zustande kommt, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum **30. Juni 2000** den Inhalt durch Rechtsverordnung. Das Bundesministerium kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teil-

## Entwurf

teien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

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

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

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind

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

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung des Erlösbudgets und der Pflegesätze erforderlichen Nachweise nach

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

nehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Im übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

(6) entfällt

(6) Das Nähere zur Einführung des neuen Vergütungssystems bestimmt die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zum 1. Januar 2002.“

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1)

b) unverändert

c) unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 vorzulegen.“

bb) In Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

9. § 18b wird aufgehoben.

d) unverändert

e) unverändert

9. unverändert

**Artikel 5****Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

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

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

„§ 12 Flexibles Erlösbudget“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

**Artikel 5****Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

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

1. unverändert

2. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- |  |   |
|--|---|
| <p>c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.</p> <p>3. § 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.</p> <p>b) In Absatz 2 wird das Wort „Budgetvereinbarung“ durch das Wort „Erlösbudgetvereinbarung“ ersetzt.</p> <p>c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausesellschaft“.</p> <p>4. § 6 wird aufgehoben.</p> <p>5. § 7 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.</p> <p>bb) Satz 2 Nr. 4 zweiter und dritter Teilsatz werden wie folgt gefasst:</p> <p>„die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 einzurechnen, wie es ohne Ausgleich, Berichtigungen und Zuschläge vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,“</p> <p>b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.</p> <p>6. § 8 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Budget nach § 12“ durch die Angabe „Restbudget nach § 12 Abs. 2“ ersetzt.</p> <p>b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„(5) Die in Absatz 1 oder 2 genannten Investitionskosten werden anteilig dem Restbudget nach § 12 Abs. 2 und den tagesgleichen Pflegesätzen sowie den Fallpauschalen zugeordnet.“</p> | <p>3. unverändert</p> <p>4. unverändert</p> <p>5. § 7 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.</p> <p>bb) <b>Satz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:</b></p> <p><b>„2. Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen, wenn diese nicht gesondert vergütet wird; hierzu gehören bei Lebendspenden auch die Kosten der gutachtlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes,“</b></p> <p>cc) Satz 2 Nr. 4 zweiter und dritter Teilsatz werden wie folgt gefasst:</p> <p>„die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Restbudgets nach § 12 Abs. 2 einzurechnen, wie es ohne Ausgleich, Berichtigungen und Zuschläge vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,“</p> <p>b) unverändert</p> <p>6. unverändert</p> |
|--|---|



## Entwurf

7. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
  - b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
8. § 10 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit dem Erlösbudget nach § 12 Abs. 1 vergütet, das mit
1. Pflegesätzen nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und
  2. tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13
- den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird.“
9. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung“ ersetzt.
- b) Absatz 8 wird aufgehoben.

10. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12  
Flexibles Erlösbudget

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

1. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
2. Leistungsverlagerungen, etwa in die ambulante Versorgung,

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

7. unverändert

8. unverändert

9. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) **In Absatz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.**
- b) **In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.**
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung“ ersetzt.
- d) Absatz 8 wird aufgehoben.

10. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 12  
Flexibles Erlösbudget

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

1. die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen,
2. Leistungsverlagerungen, etwa in die ambulante Versorgung,

## Entwurf

3. die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen nach § 5,
4. die Reduzierung von Einweisungen durch die Einführung gemeinsamer Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. Zuschläge auf Grund von Restrukturierungsverträgen nach § 17c Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
6. die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen, wobei sicherzustellen ist, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird,
7. und soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen, die Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung sowie im Beitrittsgebiet die Auswirkungen einer Angleichung der Höhe der Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe.

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

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

(3) Die Vertragsparteien sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung eines Erlösbudgets zugrunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren; dabei sind die Vorgaben des § 3 und des Absatzes 1 zu beachten. Die Vertragsparteien können im voraus vereinbaren, dass in

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

(3) **unverändert**

## Entwurf

bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; Absatz 4 Satz 5 und § 21 Abs. 2 Satz 3 gelten entsprechend.

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus Pflegesätzen nach § 10 Abs. 1 von dem Erlösbudget nach Absatz 1 ab, werden Mehrerlöse zu 80 vom Hundert sowie die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 und aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht. Für Mehrerlöse nach Satz 1 aus Fallpauschalen und Sonderentgelten in der Transplantationsmedizin mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können niedrigere Vomhundertsätze vereinbart werden, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den oder die Vomhundertsätze fest. Im Falle einer Überschreitung des landesweiten Teilbetrags für Mehrerlöse sind abweichend von Satz 1 und 2 die höheren Ausgleichssätze nach § 17b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Restbudget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei den Pflegesatzverhandlungen der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6.“

11. § 13 wird wie folgt geändert:

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus Pflegesätzen nach § 10 Abs. 1 von dem Erlösbudget nach Absatz 1 ab, werden Mehrerlöse zu 80 vom Hundert sowie die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die auf Grund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 und aus Sonderentgelten für die Behandlung von Blutern sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht. Für Mehrerlöse nach Satz 1 aus Fallpauschalen und Sonderentgelten in der Transplantationsmedizin mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können niedrigere Vomhundertsätze vereinbart werden, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den oder die Vomhundertsätze fest. Im Falle einer Überschreitung des landesweiten Teilbetrags für Mehrerlöse sind abweichend von Satz 1 und 2 die höheren Ausgleichssätze nach § 17b Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzuwenden. **Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese entstanden sind, weil das Krankenhaus mehr Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 und integrierter Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht hat.** Der Ausgleichsbetrag ist unverzüglich über das Restbudget eines folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei den Pflegesatzverhandlungen der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen. Krankenhäuser oder Abteilungen, die ihre Leistungen ausschließlich mit Fallpauschalen berechnen, erheben den Ausgleichsbetrag anteilig über einen Zu- oder Abschlag auf die Fallpauschalen entsprechend § 14 Abs. 6 Nr. 6.“

11. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) **u n v e r ä n d e r t**
- b) **In Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.**
- c) In Absatz 3 wird Satz 2 aufgehoben.

## Entwurf

12. § 14 wird wie folgt geändert:

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

c) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

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

d) Folgender Absatz wird angefügt:

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

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

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

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

**d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:**

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

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

**e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:**

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

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

**f) Absatz 10 wird wie folgt gefasst:**

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

**g) Folgender Absatz wird angefügt:**

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

13. unverändert

## Entwurf

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Entgeltkataloge“ die Wörter „nach § 17 Abs. 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1 und 3“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
14. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt *gefasst*:
- „Dabei dürfen die maßgebliche Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der landesweite Gesamtbetrag nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht überschritten werden; die voraussichtliche Entwicklung der Entgeltarten und -mengen ist zu berücksichtigen.“
- b) Absatz 3 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie das Entgelt nach Absatz 3“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- d) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt *gefasst*:
- „Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15.10., die Vereinbarung nach Absatz 2 bis zum 31.8. jeden Jahres zu schließen.“
15. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt *gefasst*:
- „Die Vertragsparteien regeln in der Pflege-satzvereinbarung das Erlösbudget einschließlich der einzubeziehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Zu- und Abschläge sowie Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze.“
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

14. § 16 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt **geändert**:
- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:**
- „Dabei dürfen die maßgebliche Veränderungsrate nach § 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der landesweite Gesamtbetrag nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht überschritten werden; die voraussichtliche Entwicklung der Entgeltarten und -mengen ist zu berücksichtigen.“
- bb) Satz 3 wird gestrichen.**
- b) **In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.**
- c) Absatz 3 wird aufgehoben.
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie das Entgelt nach Absatz 3“ gestrichen.
- bb) Satz 2 wird aufgehoben.
- e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt *gefasst*:
- „Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15.10., die Vereinbarung nach Absatz 2 bis zum 31.8. jeden Jahres zu schließen.“
15. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) **unverändert**
- b) **unverändert**

## Entwurf

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft“ und die Angabe „Anlagen 3 und 4“ durch die Angabe „Anlagen 1 und 2“ ersetzt sowie der zweite Halbsatz aufgehoben.
- bb) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz“ ersetzt durch die Wörter „Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „zur Beurteilung der Höhe der Kostenausgliederung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach Abschnitt K 8 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, der Kostenausgliederung ganzer Abteilungen und“ gestrichen.
- e) In Absatz 6 Satz 2 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
16. In § 18 Abs. 1 wird jeweils das Wort „Budget“ durch das Wort „Erlösbudget“ ersetzt.
17. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“.
- bb) In Satz 2 wird nach dem Wort „Rechtsvorschriften“ ein Komma und die Wörter „insbesondere an die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrags nach § 12 Abs. 1 Satz 2,“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 12 Abs. 3 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2, Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7 und § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1.“
18. In § 20 Abs. 1 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien, der Landeskrankenhausgesellschaft und der zuständigen Landesbehörde die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach dem Muster der Anlagen 1 und 2.“**
- bb) **In Satz 4 Nr. 1 wird das Wort „vierstelligen“ gestrichen**
- cc) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben
- d) unverändert
16. unverändert
17. unverändert
18. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. § 21 wird wie folgt geändert:	19. unverändert
a) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7 Satz 3“ ersetzt durch die Angabe „§ 12 Abs. 3 Satz 3“.	
b) In § 21 Abs. 4 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 8“ durch die Angabe „§ 11 Abs. 3 bis 7“ ersetzt.	
20. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.	20. unverändert
21. § 26 wird wie folgt geändert:	21. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „Vertragsparteien auf Landesebene“ ersetzt durch das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“.	
cc) In Satz 6 werden die Wörter „den Vertragsparteien auf Landesebene“ ersetzt durch die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft“.	
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses der Verbandes der privaten Krankenversicherung“ gestrichen.	
c) In Absatz 3 wird die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.	
d) In Absatz 4 Satz 3 und 4 wird jeweils die Angabe „Nr. 1“ gestrichen.	
22. § 28 wird aufgehoben.	22. unverändert
23. Die Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung werden aufgehoben.	23. unverändert
24. Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ wird Anlage 1 und wie folgt geändert:	24. Anlage 3 „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ wird Anlage 1 und wie folgt geändert:
a) Abschnitt K 5 wird wie folgt geändert:	a) unverändert
aa) Laufende Nummer 14 wird wie folgt gefasst: „Ausgleich nach § 12 Abs. 4“	
bb) In laufende Nummer 17 wird die Angabe „§ 12 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 3“ ersetzt.	
cc) Die laufenden Nummern 18 und 19 werden gestrichen.	
dd) Die laufende Nummer 22 wird wie folgt gefasst: „Voraus kalkul. Restbudget (Nrn. 12, 13, 20 und 21)“	
ee) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Restbudget“ ersetzt.	
ff) Laufende Nummer 25 wird gestrichen.	

## Entwurf

- b) Abschnitt K 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In der laufenden Nummer 9 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
  - bb) Nach der laufenden Nummer 9 wird folgende Nummer eingefügt:  
„9a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4“
  - cc) In der laufenden Nummer 12 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
- c) Abschnitt K 7 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach der laufenden Nummer 21 wird folgende Nummer eingefügt:  
„21a Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4“
  - bb) In der laufenden Nummer 24 wird das Wort „Budgetanteil“ durch das Wort „Restbudgetanteil“ ersetzt.
- d) Abschnitt K 8 wird aufgehoben.
- e) Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:
- aa) In Fußnote 1 wird die Angabe „1000,00 DM“ durch die Angabe „TDM“ ersetzt.
  - bb) In Fußnote 7 sind die Wörter „Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2000“ durch die Wörter „Für den Pflegesatzzeitraum“ ersetzt.
  - cc) In Fußnote 9 wird Satz 1 aufgehoben.
  - dd) In Fußnote 23 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Restbudget“ ersetzt und Buchstabe b gestrichen.
  - ee) Fußnote 24 Buchstabe b wird gestrichen.
  - ff) Fußnote 25 wird gestrichen.
  - gg) In Fußnote 27 wird der Klammerhinweis aufgehoben.
  - hh) Fußnote 29 Satz 3 wird aufgehoben.
  - ii) Fußnote 30 Satz 2 Buchstabe b wird aufgehoben.
  - jj) In Fußnote 39 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) unverändert
- c) unverändert
- d) unverändert
- e) **In Abschnitt L 4 wird in der Kopfzeile der Tabelle in der ersten Spalte das Wort „vierstellig“ gestrichen.**
- f) Anhang 2 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung wird wie folgt geändert:
- aa) In Fußnote 1 wird die Angabe „1000,00 DM“ durch die Angabe „TDM“ ersetzt.
  - bb) In Fußnote 7 sind die Wörter „Für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2000“ durch die Wörter „Für den Pflegesatzzeitraum“ ersetzt.
  - cc) In Fußnote 9 wird Satz 1 aufgehoben.
  - dd) In Fußnote 23 wird das Wort „Budget“ durch das Wort „Restbudget“ ersetzt und Buchstabe b gestrichen.
  - ee) Fußnote 24 Buchstabe b wird gestrichen.
  - ff) Fußnote 25 wird gestrichen.
  - gg) In Fußnote 27 wird der Klammerhinweis aufgehoben.
  - hh) Fußnote 29 Satz 3 wird aufgehoben.
  - ii) Fußnote 30 Satz 2 Buchstabe b wird aufgehoben.
  - jj) In Fußnote 39 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.



## Entwurf

- kk) In Fußnote 40 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.
- ll) In Fußnote 41 wird Buchstabe b gestrichen.
25. Anlage 4 wird Anlage 2.

**Artikel 6****Änderung des  
Künstlersozialversicherungsgesetzes**

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

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

**Artikel 7****Änderung des Gesetzes über die  
Krankenversicherung der Landwirte**

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

„§ 32  
Erstattung

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

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

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

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

„(8) Kommt eine Versicherung nach den §§ 2, 6 oder 7 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 2 oder 7 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 6, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

- kk) In Fußnote 40 werden die Wörter „oder die Kostenausgliederung“ gestrichen und die Angabe „§ 12 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 2“ ersetzt.
- ll) In Fußnote 41 wird Buchstabe b gestrichen.
25. unverändert

**Artikel 6**

unverändert

**Artikel 7**

unverändert

**Artikel 8**

unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

2. In § 3a Nr. 1 werden im ersten Halbsatz nach der Angabe „8“ die Wörter „oder § 6 Abs. 3a“ eingefügt.
3. In § 6 Abs. 1 Nr. 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt sowie folgende Wörter angefügt: „wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.“
4. Dem § 7 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:  
„§ 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.“
5. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16a  
Globalbudget

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

6. § 23 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 werden die Wörter „genannten Leistungen“ durch die Wörter „genannten Renten“, das Wort „Leistungen“ durch das Wort „Rente“ und das Wort „Leistung“ durch das Wort „Rente“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 wird das Wort „Leistung“ durch das Wort „Rente“, das Wort „Leistungsantrag“ durch das Wort „Rentenantrag“ ersetzt.
7. In § 37 Abs. 2 werden nach der Angabe „§§ 44 und 45“ die Wörter „sowie durch für die in § 2 Abs. 1

## Entwurf

Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlte Beiträge“ eingefügt.

8. § 59 Abs. 2 wird aufgehoben.

**Artikel 9****Änderung des Bundesvertriebenengesetzes**

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

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

**Artikel 10****Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

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

1. In § 51 Abs. 1 Satz 1 wird der 2. Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt; in Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses“ gestrichen.
2. In § 87 Abs. 2 wird das Wort „Zustellung“ durch das Wort „Bekanntgabe“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Artikel 9**

unverändert

**Artikel 10****Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

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

1. **§ 51 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:**
  - a) **In Nummer 2 werden die Wörter „sowie des Großgeräteausschusses“ gestrichen.**
  - b) **Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefasst:**  
„§§ 87 und 96 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen finden keine Anwendung.“
2. unverändert

**Artikel 10a****Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen**

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

1. **Dem § 87 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:**  
„Satz 1 gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten aus den in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Rechtsbeziehungen, auch soweit hierdurch Rechte Dritter betroffen sind.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**2. Dem § 96 wird folgender Satz angefügt:**

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

**Artikel 11****Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes**

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

1. In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils nach den Wörtern „2 000 Deutsche Mark“ das Wort „monatlich“ angefügt.
2. Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:
 

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

**Artikel 12****Änderung der Reichsversicherungsordnung**

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

1. In § 200 Abs. 1 wird das Komma hinter dem Wort „Mutterschaftsgeld“ durch einen Punkt ersetzt und der danach folgende Satzteil gestrichen.
2. Nach § 200b wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 200c  
Erstattung

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

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

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

**Artikel 11****Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes**

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

1. Artikel 8 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils nach den Wörtern „2 000 Deutsche Mark“ das Wort „monatlich“ angefügt.
  - b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:
 

„(4) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen ab dem 1. Januar 2001 wird in den Verträgen nach Absatz 2 geregelt.“
2. **In Artikel 14 Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:**

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

**Artikel 12**

unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 4. § 357 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

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

## 5. § 414b wird wie folgt geändert:

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

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

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

**Artikel 13****Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995 – ASRG 1995**

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

**Artikel 14****Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes**

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

**Artikel 15****Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

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

**Artikel 13**

unverändert

**Artikel 14**

unverändert

**Artikel 15****Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

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

**01. In § 10 wird nach Absatz 1 folgender Absatz eingefügt:**

„(1a) Vor Abschluss eines privaten 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.“

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

2. § 12a wird wie folgt gefasst:

## „§ 12a

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

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

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur

1. unverändert

2. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

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

3. § 12b wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

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

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satz 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämien erhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.“

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

„Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend

3. unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen.“

4. Nach § 12d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 12 e

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

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

4. unverändert

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

„2. von den Vorschriften über die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb (II) § 10, § 10a mit der Maßgabe, dass in der 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 Absatz 1 bis 3, §§ 12c bis 12e und 13d Nr. 7.“

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

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

5. unverändert



## Entwurf

6. In der Anlage Teil D Abschnitt II wird in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummern angefügt:
- „4. in der Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 bei jeder Prämienhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muss Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Darüber hinaus ist ein Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standardtarif anzugeben. Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen.“
5. Vor Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist von dem Interessenten der Empfang eines amtlichen Informationsblattes des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen zu bestätigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt.“

## Artikel 16

**Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. In der Anlage Teil D Abschnitt II wird in Nummer 3 am Ende der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und nach Nummer 3 folgende Nummer angefügt:
- „4. in der Krankenversicherung nach § 12 Abs. 1 bei jeder Prämienhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muss Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Darüber hinaus ist ein Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standardtarif anzugeben. Es sind die Voraussetzungen des Wechsels und die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen.“
5. entfällt

## Artikel 15a

**Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes**

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

1. Artikel 14 Abs. 4 wird aufgehoben.
2. Artikel 35 Abs. 9 wird aufgehoben.“

## Artikel 16

**Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung**

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

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

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Nr. 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„10. Krankenhausinvestitionen nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes.“
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 6 wird aufgehoben.
    - bb) Nummer 7 wird Nummer 6.“
3. Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27b  
Risikostrukturausgleich im Jahr 2000

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

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

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

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

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## Artikel 17

**Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragsärzte**

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

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

„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragsärztliche Tätigkeit auszuüben.“
3. Dem § 24 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

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

## Artikel 17

**Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragsärzte**

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

1. unverändert
- 1a. **§ 18 Abs. 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:**
  - „b) eine Erklärung, dass ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuss beantragt wurde,“**
2. unverändert
3. Dem § 24 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Das gleiche gilt für die Erklärung des Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen sowie für den Widerruf dieser Erklärung. **Ein Wechsel in ein neues Fachgebiet oder für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nach § 101 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind.**“
- 3a. **In § 24 wird nach Absatz 4 folgender Absatz angefügt:**
  - „(5) Die Aufnahme einer nicht vorübergehenden überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutischen Tätigkeit (§ 101 Abs. 4 SGB V), bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Nicht vorübergehend ist die Tätigkeit, wenn sie über mehr als zwei Quartale ausgeübt wird. Die Genehmigung ist zu versagen, soweit für psychotherapeutisch tätige Ärzte Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Psychotherapeutische Leistungen, die ohne die erforderliche Genehmigung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.“**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

## „§ 31b

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

## 4. § 46 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

## b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

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

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

## Artikel 18

**Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragszahnärzte**

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

## Artikel 18

**Änderung der Zulassungsverordnung  
für Vertragszahnärzte**

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

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

„b) eine Erklärung, dass ein Führungszeugnis gemäß § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz zur Vorlage beim Zulassungsausschuss beantragt wurde,“

## Entwurf

1. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:
 

„(4) Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragszahnärztliche Tätigkeit auszuüben.“
2. In § 32b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4“ ersetzt.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. Dem § 20 wird folgender Absatz angefügt:
 

„(4) Absätze 1 und 2 gelten nicht für Vorstandsmitglieder einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, denen es gemäß § 79 Abs. 4 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Satzung gestattet ist, in begrenztem Umfang eine vertragszahnärztliche Tätigkeit auszuüben.“
3. In § 32b Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 3 Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „§ 3 Abs. 2 bis 4“ ersetzt.
4. § 46 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „50“ durch die Zahl „100“ ersetzt.
    - bb) In Buchstabe c werden nach dem Wort „Zahnarzt“ die Wörter „oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung“ eingefügt und die Zahl „60“ durch die Zahl „120“ ersetzt.
    - cc) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Zahnarzt“ die Wörter „oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung“ eingefügt und die Zahl „100“ durch die Zahl „200“ ersetzt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In den Buchstaben a und b werden jeweils die Zahl „200“ durch die Zahl „400“ ersetzt und der Punkt in Buchstabe b gestrichen.
    - bb) Folgender Buchstabe wird angefügt:
 

„c) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400,- DM.“
    - c) In Absatz 3 Buchstabe b wird die Angabe „Absatz 2 Buchstaben a und b“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.

## Artikel 19

## Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

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

## „§ 5b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen für Personen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen

## Artikel 19

## Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

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

## „§ 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

## Entwurf

Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.“

**Artikel 20****Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

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

## „§ 5a

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

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

**Artikel 21****Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien**

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.“

**Artikel 20****Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

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

## „§ 5a

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 1 berechnet werden.“

**Artikel 21**

unverändert

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Artikel 21a****Rechtsangleichung**

**Mit Wirkung vom 1. Januar 2001 an treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 309 Abs. 1 und 5, § 310 Abs. 3 Satz 2, § 311 Abs. 2 und 4 Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7, § 313 Abs. 10, § 313a und § 313b.“**

**Artikel 22****Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

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

**Artikel 23****Überleitungsvorschriften**

## § 1

Durchführung von Organisationsänderungen bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen

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

## § 2

Wahl des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

## § 3

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

**Artikel 22**

unverändert

**Artikel 23****Überleitungsvorschriften**

## § 1

unverändert

## § 2

unverändert

## § 3

unverändert

## Entwurf

## § 4

Wahl des Verwaltungsrates der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

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

## § 5

Wahl des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

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

## § 6

## Rückkehr in die private Krankenversicherung

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

## § 7

## Ausschluss der Familienversicherung

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

## § 8

*Errichtungsmoratorium* für Betriebs- und  
Innungskrankenkassen

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

## § 9

## Weitergeltung von Strukturverträgen

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## § 4

unverändert

## § 5

unverändert

## § 6

unverändert

## § 7

unverändert

## § 8

**Moratorium für die Errichtung von**  
Betriebs- und Innungskrankenkassen

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

## § 9

unverändert

## § 10

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

**Wer am 31. Dezember 1999 aufgrund des § 309 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert**



## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

cherungspflichtig war, kann abweichend von § 5 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag nach § 5 Abs. Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig bleiben. Der Antrag ist bis zum 31. März 2000 bei der Krankenkasse zu stellen.

## § 11

**Psychiatrische Abteilungen an  
Allgemeinkrankenhäusern**

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

## § 11a

**Personalübergang zu der Deutschen  
Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland**

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland übernimmt die beim AOK-Bundesverband überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben der Verbindungsstelle im AOK-Bundesverband beschäftigten Personen (dienstordnungsmäßige Angestellte, tarifliche Angestellte); sie tritt insoweit in die Rechte und Pflichten aus den Beschäftigungsverhältnissen ein. Für die dienstordnungsmäßigen Angestellten gilt bei der Übernahme zunächst die zum Zeitpunkt der Verselbständigung gültige Dienstordnung des AOK-Bundesverbandes. § 414b 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.

## § 11b

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

**Artikel 24****Inkrafttreten**

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

(2) Artikel 1 Nr. 36, 37, 38, 39, 40, 49, 51, 52, 128 Buchstabe c sowie Artikel 17 Nr. 2 und Artikel 18 Nr. 1 treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 102 tritt am 1. Januar 2001 insoweit in Kraft, als die §§ 268,

**Artikel 24****Inkrafttreten**

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

(2) Artikel 1 Nr. 36, 37, 38, 39, 40, 49, 51, 52, **62 Buchstabe a, 126a Buchstabe a und c, 128 Buchstabe c, 128b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird,**

## Entwurf

269, 271, 272, 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben werden.

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

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

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

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

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

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

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

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**Nr. 129 Buchstabe a** sowie Artikel 17 Nr. 2 **und 3** und Artikel 18 Nr. 1 **und Artikel 21a** treten am 1. Januar 2001 in Kraft. Artikel 1 Nr. 102 tritt am 1. Januar 2001 insoweit in Kraft, als die §§ 268, 269, 271, 272, 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben werden.

(3) unverändert

(4) unverändert

**(4a) Artikel 1 Nr. 128b, soweit § 313 Abs. 10 Buchstabe a und b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben wird, und Artikel 15a Nr. 2 treten am 1. Januar 2005 in Kraft.**

(5) unverändert

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

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

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

(9) unverändert

## Bericht der Abgeordneten Gudrun Schaich-Walch, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Katrin Göring-Eckardt, Dr. Dieter Thomae und Dr. Ruth Fuchs

### A. Allgemeiner Teil

#### 1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/1245 – in seiner 49. Sitzung am 30. Juni 1999 in erster Lesung beraten und an den Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Innenausschuss, den Sportausschuss, den Rechtsausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen. Den gleichlautenden Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 14/1721 – hat der Deutsche Bundestag in seiner 61. Sitzung am 7. Oktober 1999 an die gleichen Ausschüsse und zusätzlich an den Finanzausschuss zur Mitberatung überwiesen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die Beratung des Gesetzentwurfs in seiner 25. Sitzung am 8. September 1999 aufgenommen. Schon vor der Sommerpause hat der Ausschuss vorbehaltlich der Überweisung beschlossen, zu dem Gesetzentwurf öffentliche Anhörungen von Sachverständigen durchzuführen. Diese Anhörungen fanden in den 26. bis 29. Sitzungen am 9., 10., 21. und 22. September statt. Auf die Wortprotokolle und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Zu den Anhörungen waren ABA Arbeitsgemeinschaft für Biol. Arzneimittel e.V.; ABDA Bundesvereinigung Dt. Apothekerverbände; AGR AG der Psychotherapeutenverbände i. d. gesetzl. Krankenversicherung; AgV AG der Verbraucherverbände e.V.; Aktion Psychisch Kranke e.V.; AOK BV Bundesverband der Ortskrankenkassen; Augenoptiker; AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; BAG der PatientInnenstelle; BAG der Notgemeinschaft Medizingeschädigter; BAG Hilfe f. Behinderte; BAH Bundesfachverband Arzneimittelhersteller; BAO Bundesverb. für ambulantes Operieren e.V.; BÄK Bundesärztekammer; BDA Berufsverband der Allgemeinärzte Dt. Hausärzteverband; BDA Bundesvereinigung der Dt. Arbeitgeberverb.; BDAO Bundesverband dt. Augenoptiker; BDB Bvb. der Belegärzte e.V.; BDPK Bvb. Dt. Privantkrankenanstalten e.V.; Berufsvb. Dt. Nervenärzte; BfD Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz; BHV BAG der Heilmittelverbände; BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen; bpa Bundesverband privater Alten- u. Pflegeheime u. ambulanter Dienste e.V.; BPI Bvb. der Pharmazeutischen Industrie e.V.; BMC Bundesverband Managed Care e.V.; BNC Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschland; Bundesaufsichtsamt f. d. Versicherungswesen; Bundesknappschaft; Bundesvereinigung f. Gesundheit

e.V.; Bund der Ruhestandsbeamten, Rentner u. Hinterbliebenen; BVD Bundesverband Dentalhandel; Bvb. der Angestellten in Apotheken; Bvb. Selbst. Physiotherapeuten; Bvb. der Arzneimittel-Importeure e.V.; Bvmed Bundesfachverband Medizinprodukte; bvvp Bvb. der Vertragspsychotherapeuten e.V.; BZÄK Bundeszahnärztekammer; DAG Deutsche Angestellten-Gewerkschaft; DAZ im NAV-Virchow-Bund; DBB Dt. Beamtenbund; dbl Dt. Bundesverband für Logopädie e.V.; DGVP Dt. Gesellschaft f. Versicherte u. Patienten e.V.; DEGEMED Dt. Gesellschaft für med. Rehabilitation e.V.; Dt. Rheuma-Liga; Dt. Ges. f. Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde; Dt. Vb. d. Ergotherapeuten e.V.; Der Bevollmächtigte des Rates der Ev. Kirche in Deutschland bei der BRD u. der EG; DGB Deutscher Gewerkschaftsbund; DHS Dt. Hauptstelle geg. die Suchtgefahren e.V.; DKG Dt. Krankenhausgesellschaft; DLT Deutscher Landkreistag; DPR Dt. Pflegerat; DPWV Der Paritätische Wohlfahrtsverband; DST Deutscher Städtetag; DSTGB Dt. Städte- und Gemeindebund; Dt. Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen; Dt. Dachverband für Psychotherapie; Dt. Gesellschaft für Public Health; Dt. Heilbäderverband e.V.; Dt. Psychotherapeutenverband e.V.; Dt. Sportbund; Dt. Verb. f. Physiotherapie Zentralverb. der Krankengymnasten/Innen Physiotherapeuten e.V.; Dt. Zentralverein Homöopathischer Ärzte; E.F.N.M.U. Europäischer Verbraucher-Verband für ich Naturmedizin; f. m. p. Fachvereinigung Medizinprodukte; FVDZ Freier Verband Dt. Zahnärzte e.V.; FVS Fachverband Sucht; GFB Gemeinschaft Fachärztl. Berufsverbände; HB Hartmannbund; Verband der Ärzte Deutschlands e.V.; HVBG Hörgeräteakustiker Hufelandgesellschaft; IKK Bundesverband der Innungskrankenkassen; KBV Kassenärztl. Bundesvereinigung Kommissariat der Bischöfe Katholisches Büro Bonn; KZBV Kassenzahnärztl. Bundesvereinigung LKK; Bvb. der Landwirtschaftlichen Krankenk.; MB Marburger Bund; MDS Mediz. Dienst der Spitzen der KV e.V.; Müttergenesungswerk; NAKOS; Nat. Netzwerk Frauengesundheit; NAV-Virchowbund Verb. der niederg. Ärzte Deutschlands e.V.; Orthopädie-Schuhtechnik; Orthopädie-Technik; PHAGRO Bundesverband des pharm. Großhandels; PKV Verband der priv. Krankenversicherungen; ÖTV Vorstandssekretariat 7; Std. Konferenz Äztl. Psychotherapeutischer Verband; ULA Union der Leitenden Angestellten; VAP Verband aktiver Pharmaunternehmen e.V.; VcP Vereinigung ophthalmolog. Praxiskliniken e.V.; VdAK/AEV Verb. der Angestelltenkrankenkassen e.V.; VDÄÄ Verein Demokr. Ärztinnen und Ärzte; VDB Physiotherapieverband e.V.; VDDI mVerband der Dt. Dentalindustrie; VDK Verband der Krankenhausdirektoren; VdK; Verband der Kriegs- u. Wehrdienstopfer, Behinderten u. Rentner Deutschlands e.V.; VDPP Verein Demokr. Pharmazeutinnen u. Pharmazeuten e.V.; VDR Verband Dt. Rentenversicherungsträger e.V.; VDZ Verein Demokr. Zahnmedizin; VDZI Verband Dt. Zahntechniker-

Innungen; Verband Physikalische Therapie Vereinigung f. d. physiotherap. Berufe e. V.; Vereinig. Kassenpsychotherapeuten e. V.; VFA Vb. Forsch. Arzneimittelhersteller e. V.; VLK Verband der leitenden Krankenhausärzte; VUD Verband der Universitätsklinika Deutschlands; WR Wissenschaftsrat; ZDH Zentralverband des Dt. Handwerks; Zentralstelle d. Dt. Ärzteschaft zur Qualitätssicherung i. d. Medizin; ZVEI; Zentralverband ambulante Therapieeinrichtung; Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V. als Verbände und Institutionen und Abholz, Dr. med. Heinz; Arnold, Prof. Dr. Michael; Azzola, Prof. Dr. Axel; Bauer, Dr. Jochen; Baumann, Dr. Rolf; Baumberger, Dr. Jürg; Bausch, Dr. J.; Becker, Edwin; Becker-Brüser, Wolfgang; Binus, Prof. Dr. Werner; Brauer, Dr. Klaus; Busse, Dr.; Dreykluft, Dr. Rüdiger; Ebsen, Prof. Dr. Ingwer; Ehlers, Dr. Dr.; Fritze, Prof. Dr. Jürgen; Fuchs, Harry; Gabriel, Silvio Claudio; Giesen, Dr. Thomas; Große, Jürgen; Haufe, Ulrike; Hekkensteller, Helmut; Jacobs, Dr. Klaus; Jung, Karl, StS. a. D.; Kastenbauer, Prof. Dr. Dr. Joseph; Köbberling, Prof. Dr. med.; Kohler, Dr. Joachim; Kuhlmeier, Prof. Dr.; Kühn, Priv. Doz. Dr. Hagen; Lang, Dr. Bernd; Lauterbach, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W.; Leichtweiß, Prof. Dr. Heinz-Peter; Leide, Prof. Dr. Rainer; Lohmann, Heinz; Metzger, Johannes; Meyes, Prof. Dr. Ulrich; Münch, Eugen; Neubauer, Prof.; Oberender, Prof. Dr. Peter; Ottmann, Dr. Klaus; Priester, Prof. Dr. Klaus; Reich, Prof. Dr. Elmar; Rosenbrock, Prof. Dr. Rolf; Rudat, Dr. Wolf-Rüdiger; Rupperecht, Thomas; Scholz, Jürgen; Schneider, Dr. Markus; Schönhofer, Prof. Dr. Peter; Schulte, Gerhard; Schüller, Dr. Heidi; Schwabe, Prof. Dr. Ulrich; Schwartz, Prof. Dr.; Schwoerer, Dr.; Staehler, Prof. Dr. Hans Jörg; Strippel, Dr. med. Harald; Vetter, Reinhard; Wasem, Prof. Dr.; Weichert, Dr. Thilo; Wille, Prof. Dr. Eberhard; Wittek, Dr. Lothar; Wöhl, Dr. Alfred; Zipprer, Dr. Manfred als Einzelsachverständige geladen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die Beratung in seiner 30. bis 33. Sitzung am 29. September und am 6., 27. und 29. Oktober fortgesetzt. Zu den von den Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten umfangreichen Änderungsanträgen zur Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs und zur Finanzhilfe für die Krankenkassen in den neuen Bundesländern hat der Ausschuss am 2. November 1999 eine weitere öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchgeführt. Zu dieser Anhörung waren AOK BV Bundesverband der Ortskrankenkassen; BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen; Bundesknappschaft Bochum; LKK Kassel; IKK Bundesverband der Innungskrankenkassen; VdAK/AEV Verb. der Angestelltenkrankenkassen e. V.; als Verbände und Staatssekretär Prof. Dr. Dieter Schimanke (Sachsen-Anhalt); Dr. Helstälä Bundesversicherungsamt Berlin; Dr. Klaus Theo Schröder Staatssekretär a. D. Essen; Staatssekretär Prof. Dr. Axel Azzola Schwerin; Prof. Dr. Eberhard Wille Mannheim; Dr. Nicolay Dresden; Dr. Fiedler Wuppertal; als Einzelsachverständige geladen. Auf die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der **Innenausschuss** empfahl in seiner Stellungnahme vom 3. November 1999.

Der **Sportausschuss** hat in seiner auf § 20 SGB V beschränkten Stellungnahme vom 6. Oktober 1999 einstimmig die Annahme des Gesetzentwurfs mit der Maßgabe, die in § 20 Absatz 3 SGB V vorgesehene Obergrenze von 5 DM für jeden Versicherten für Maßnahmen der Information, der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zu streichen. Diesem Votum ist der Ausschuss für Gesundheit insoweit gefolgt, als dass nunmehr die Krankenkassen pro Versicherten 5 DM für diesen Zweck ausgeben sollen.

Der **Rechtsausschuss** empfahl in seiner Stellungnahme vom 3. November 1999 ...

Der **Finanzausschuss** empfahl in seinem Votum vom 27. Oktober 1999 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der PDS die Annahme des Gesetzentwurfes, wobei sich die Stellungnahme auf Artikel 15 des Gesetzentwurfs beschränkte.

Der **Haushaltsausschuss** empfahl in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 1999 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, F.D.P. und PDS die Annahme des Gesetzentwurfs.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** empfahl in seiner Stellungnahme vom 3. November 1999 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU, F.D.P. und PDS den Gesetzentwurf anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung** empfahl in seiner Stellungnahme vom 3. November 1999 ...

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner Stellungnahme vom 27. Oktober 1999 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, F.D.P. und PDS die Annahme des Gesetzentwurfs empfohlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** empfahl in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 1999 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der PDS die Annahme des Gesetzentwurfs unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge 3 bis 14 des Bundesrates.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die Beratung in seiner 35. Sitzung am 3. November 1999 abgeschlossen und dem Gesetzentwurf in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ... gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. angenommen.

## 2. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

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

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

### 1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

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

- integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und ihren bevollmächtigten Verbänden und Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten; soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage einer zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden zu schließenden Rahmenvereinbarung beteiligt, die Kassenärztlichen Vereinigungen können allerdings auch selbst Vertragspartner in integrierten Versorgungsformen werden,
- eine bedarfsabhängige Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen auf der Grundlage eines entsprechenden Kataloges, den die Selbstverwaltungen auf Bundesebene vereinbart,
- eine Verbesserung der Möglichkeiten zur Vereinbarung differenzierter und versorgungsbedarfsgerechter Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung in Krankenhäusern durch Verträge zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen,
- die Erweiterung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen um stationsersetzender Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung; die stationäre Erbringung solcher Leistungen wird auf medizinisch begründete Ausnahmen begrenzt und von einer vorherigen Zustimmung durch die Krankenkasse abhängig gemacht,
- die Notfallversorgung im Krankenhaus durch Vertragsärzte.

### 2. Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes wird gestärkt durch:

- eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten, Fachärzten und den anderen Leistungserbringern durch Erweiterung der Dokumentationsbefugnisse des Hausarztes und zeitnahe Übermittlung von Befunden und Berichten,

- die Sicherung eines angemessenen Honoraranteils für Hausärzte im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs, der auf der Grundlage bundeseinheitlicher – zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten – Kriterien festgesetzt wird,
- die Fortsetzung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an der Weiterbildung zum Allgemeinarzt,
- Ermöglichung der Erprobung von finanziellen Anreizsystemen für den Versicherten beim Verzicht der Direktinanspruchnahme von Fachärzten durch die Krankenkassen in Modellvorhaben.

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

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

- die Erweiterung der Gruppenprophylaxe für besondere Risikogruppen auch über das 12. Lebensjahr hinaus,
- die Modernisierung des GKV-Leistungskataloges, der dem Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde entsprechend umzugestaltet ist,
- die Neuregelung der Bewertungsrelationen, die für eine gleichwertige Bewertung zwischen Vergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie und zahn-erhaltenden und präventiven Leistungen sorgen soll.

### 4. Verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung

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

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

### 5. Bedarfsgerechte Investitionen im stationären Bereich

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

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

## 6. Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

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

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

## 7. Förderung der Rehabilitation

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

- Abgrenzung des Rehabilitationsbegriffs von Krankenbehandlung und Vorsorge,

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

## 8. Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker

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

## 9. Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung

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

### a) Qualitätssicherung

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

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

### b) Bewertung medizinischer Technologien

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

keit und Kosten medizinischer Verfahren und Technologien errichtet.

*c) Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes*

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

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

**10. Erweiterung von Patientenrechten und Patientenschutz**

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

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

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

Mit Hilfe eines sektorübergreifenden Globalbudgets werden die Voraussetzungen für die Stabilisierung der Beitragssätze bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Leistungs- und Ausgabensteuerung geschaffen:

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

**12. Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der GKV**

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

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

**13. Stärkung der Selbstverwaltung**

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

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

**14. Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung**

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

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

Maßnahmen im Versicherungsaufsichtsgesetz zur Prämienermäßigung insbesondere im Alter und zur Verbesserung des Verbraucherschutzes in der privaten Krankenversicherung.

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

### 15. Abbau der ambulanten Überversorgung/Bedarfsplanung

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

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

### 16. Mehr Beitragsgerechtigkeit für Bezieher einer geringen Rente

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

Die von den Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss eingebrachten und vom Ausschuss mehrheitlich angenommen umfangreichen Änderungsanträge haben vor allem folgende Punkte zum Inhalt:

- Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe,
- Befreiung von Zuzahlungen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen,
- Förderung der Einrichtungen für Verbraucher- und Patientenberatung durch die Krankenkassen mit 10 Millionen DM jährlich,
- Festlegung der Veränderungsrate des Globalbudgets auf 2,6 Prozent,
- Einbezug der Hochschulkliniken in die Statistik,
- Stufenweise Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs,

- Maßnahmen zur Entschuldung der Krankenkassen in den neuen Bundesländern,
- Verbesserungen beim Datenschutz.

### 3. Zu den Beratungen im Ausschuss

Die Mitglieder der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN begrüßten den Gesetzentwurf, mit dem die seit langem notwendigen und überfälligen Strukturreformen angegangen würden. Gerade wer das Gesundheitssystem schätze und bewahren wolle, müsse es durch Reformen im System verändern. Wenn man so weitermache wie bisher, dann gäbe es vielleicht eine kurze Zeit des Aufatmens bei den Leistungserbringern, weil es keine finanziellen Beschränkungen gebe, aber nach einiger Zeit würden die Beiträge so hoch gestiegen sein, dass die Menschen kein Interesse mehr an einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung hätten.

Zu einer modernen Gesundheitsreform gehöre als allererstes und oberstes Ziel, dass die Patienten im Mittelpunkt stehen und das Gesundheitssystem nach ihren Bedürfnissen ausgerichtet werde. Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten hätten sich verändert. Manche Strukturen passten nicht mehr darauf. Manches an diesen Strukturen sei allerdings schon lange kritisiert worden, deshalb müsse man die Debatte jetzt aufnehmen, um eine wirkliche Lösung für diese Probleme zu finden.

Sie wiesen mit Nachdruck auf die Ziele und Handlungsbedarf hin:

#### 1. Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

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

- eine qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems sichern,



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

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

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

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

## 2. Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Entlastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und als wichtige beschäftigungspolitische Voraussetzung zur

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

Insgesamt hatte die GKV Ende 1998 mit Betriebsmitteln und Rücklagen von rd. 7,5 Milliarden DM ausreichende Finanzreserven, die bei einer konsequenten einnahmeorientierten Ausgabenentwicklung gute Voraussetzungen für stabile Beitragssätze bieten. Rund 250 Milliarden DM haben die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten ausgegeben. Auch bei stabilen Beitragssätzen können diese Ausgaben im Gleichklang mit der Entwicklung der Einnahmen der Mitglieder der Krankenkasse steigen. Damit werden die Ressourcen für die medizinische Versorgung auch an die wirtschaftliche Entwicklung gekoppelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die GKV-West Ende 1998 über Finanzreserven in einer Größenordnung von rd. 9,2 Milliarden DM (ca. 0,5 Monatsausgaben) verfügt, die GKV-Ost aber Schulden von rd. 1,7 Milliarden DM (ca. 0,45 Monatsausgaben) abtragen muss.

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

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

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

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

### 3. Versäumnisse der alten Bundesregierung

Die alte Bundesregierung von CDU/CSU und F.D.P. konnte in der vergangenen Legislaturperiode die Stabilität der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewährleisten. Der aktuelle Durchschnitts-Beitragssatz von 13,6 Prozent lag um rd. 0,5 Beitragssatzpunkte oberhalb des Niveaus zu Beginn der 13. Legislaturperiode Anfang 1995. Das „Beitragsentlastungsgesetz“ sowie das „1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ haben das erklärte Ziel, das Beitragssatzniveau der Krankenkassen zu senken, nicht erreicht. Diese gesetzlichen Regelungen haben nicht verhindern können, dass bis Mitte 1997 ein erneuter Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dazu beigetragen hat, dass die Lohnnebenkosten auf ein Rekordniveau gestiegen sind. Dies hat die internationale Wettbewerbsposition Deutschlands geschwächt und den Anstieg der Arbeitslosigkeit beschleunigt.

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

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

### 4. GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz als erster Schritt

Bereits zu Beginn ihrer Regierungstätigkeit hat die Bundesregierung im Rahmen eines „Vorschaltgesetzes“ in einem ersten Schritt unververtretbare Belastungen für Versicherte und Patienten zurückgenommen und zugleich durch eine vorläufige, kurzfristig wirksame Ausgabenbegrenzung die notwendige Stabilität der Beitragssätze sichergestellt. Das von den Koalitionsfraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN einge-

brachte „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das zum 1. Januar 1999 in Kraft getreten ist, hat für das Jahr 1999 durch Ausgabenbegrenzungen in den zentralen Leistungsbereichen der GKV die Voraussetzungen für stabile Beitragssätze geschaffen. Gleichzeitig wurden die Zuzahlungen bei Arzneimitteln reduziert, die Härtefallregelungen für chronisch Kranke verbessert und unververtretbare Leistungsausgrenzungen (Zahnersatz für Kinder und Jugendliche) und die Elemente der privaten Versicherungswirtschaft, wie Kostenerstattung und Beitragsrückgewähr – die die bewährten Prinzipien der solidarischen Krankenversicherung gefährden – zurückgenommen.

### 5. Handlungsbedarf in einzelnen Bereichen

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

- eine starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und vermeidbarer Doppeluntersuchungen,
- Defizite in der hausärztlichen Versorgung, durch die die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes nicht in adäquater Weise genutzt und die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten und Fachärzten gefördert werden,
- eine zahnmedizinische Versorgung, in der zahnerhaltende und prophylaktische Maßnahmen gegenüber Zahnersatz noch nicht den notwendigen Stellenwert erhalten und in der es an entsprechenden Anreizsystemen zur Vermeidung von Fehlsteuerungen zahnmedizinischer Leistungserbringung mangelt,
- eine Arzneimittelversorgung, die durch eine unübersichtliche Arzneimittelvielfalt gekennzeichnet ist und in der wichtige Voraussetzungen für eine an Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierte rationale Arzneimitteltherapie fehlen,
- ein Krankenhausbereich, dem durch ein duales Finanzierungssystem und eine unzureichende Beteiligung der Krankenkassen an der Kapazitätsplanung entscheidende Voraussetzungen für bedarfsgerechte Investitionen fehlen und in dem das entscheidende Steuerungsinstrument für eine leistungsgerechte Mittelverteilung für den gesamten stationären Behandlungsablauf fehlt, solange keine durchgängig pauschaliertes Entgeltsystem existiert,
- das Fehlen qualitätsgesicherter Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich Angeboten der Selbsthilfe, die bislang nicht den notwendigen Stellenwert als wichtige Ergänzung zum professionellen Medizinbetrieb haben,
- bisherige Beschränkungen der Qualitätssicherung auf Berufsgruppen oder Versorgungsbereiche und fehlende Voraussetzungen für umfassendes syste-

matisches Qualitätsmanagement im ambulanten und stationären Bereich, mit der Folge mangelhafter Information und Beratung der Patienten,

- die Einführung neuer medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren in das medizinische Versorgungssystem ohne professionelle und unabhängige Technologiebewertung,
  - eine mangelnde Nutzung der medizinisch-fachlichen Kompetenz des Medizinischen Dienstes,
  - eine einseitige Ausrichtung unseres Gesundheitssystems auf Leistungserbringer und Kostenträger und Fehlen einer wirksamen Verankerung des Patientenschutzes sowie umfassender rechtlich abgesicherter Informationen und Aufklärung der Versicherten und Patienten,
  - das Fehlen einer sektorübergreifenden Ausgabensteuerung, die die strikte sektorale Budgetierung ersetzt, Beitragssatzstabilität gewährleistet und zugleich die finanziellen Ressourcen dorthin steuert, wo eine bedarfsgerechte Leistungserbringung stattfindet („Geld folgt der Leistung“),
  - eine ambulante Überversorgung durch eine weiter wachsende Zahl von Vertragsärzten mit der Folge einer nicht bedarfsgerechten Expansion ärztlich erbrachter und ärztlich veranlasster Leistungen,
  - Mängel in der Datentransparenz und den Datengrundlagen, die die Steuerung des Leistungsgeschehens in der GKV erheblich erschweren,
  - Mängel in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung, in denen einerseits professionelle Organisationsstrukturen fehlen und andererseits Minderheitengruppierungen nicht den gebührenden Stellenwert erhalten,
  - Wettbewerbsverzerrungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, die insbesondere einem Teil der Betriebs- und Innungskrankenkassen ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile verschafft haben,
  - Verzerrungen im Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die zu unverhältnismäßigen Belastungen der GKV und Missbrauchsmöglichkeiten an der Nahtstelle zwischen GKV und PKV beitragen und ihre Ursachen auch in unverhältnismäßigen Prämienbelastungen älterer Privatkrankenversicherter haben,
  - unverhältnismäßige Beitragsbelastungen von freiwillig versicherten Rentnern mit einer geringen Rente und eine damit verbundene Benachteiligung gegenüber pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentnern.
- I. Die Mitglieder CDU/CSU-Bundestagsfraktion stellten fest:
1. Die von der Bundesregierung entwickelte und von SPD und Grünen eingebrachte „Gesundheitsreform 2000“ richtet sich in ihrer Wirkung gegen Kranke, Versicherte und Arbeitnehmer, gegen die Gesundheitsberufe und gegen die

Länder. Der vorliegende Entwurf entzieht dem Gesundheitswesen erforderliche Mittel und beeinträchtigt die Entscheidungsfreiheit der Patienten, der Ärztinnen und Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe. Er entwickelt einen Kassenstaat und hat ein Übermaß an Bürokratie zur Folge. Er ersetzt die Bedarfsorientierung durch Plankontingente und erschwert Selbstständigkeit, Neugründungen, Beschäftigungschancen, Selbstverwaltung und Tarifautonomie im Gesundheitswesen. Den Versicherten, die sich keine zusätzliche Privatvorsorge leisten können, wird eine optimale medizinische Versorgung vorenthalten. Das geplante Globalbudget bereitet den Weg in eine Rationierung von Gesundheitsleistungen. Der Umfang von Leistungen im Gesundheitswesen richtet sich dann nicht mehr nach dem medizinischen Bedarf, sondern danach, ob ein festgelegtes Budget überschritten ist oder nicht.

Mit dem Entwurf droht außerdem ein erheblicher Verlust an Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen.

Der Gesetzentwurf ist aber auch deshalb unzureichend, weil er wichtige Themen gar nicht behandelt:

- Es fehlt jedwede Auseinandersetzung mit der nicht ausreichenden Einnahmementwicklung der Krankenkassen aufgrund anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, un stetiger Beschäftigungsverläufe und einer dadurch sinkenden Lohnquote.
- Keine Antworten bietet der Entwurf im Hinblick auf die Weiterentwicklung der europäischen Einigung. Jüngste Urteile des Europäischen Gerichtshofs werden quasi ignoriert. Dabei wäre es entscheidend, alle in Deutschland verwendeten Instrumente zur Steuerung des Leistungsgeschehens, von der Bedarfsplanung und -zulassung bis zur Budgetierung, auf ihre Kompatibilität mit dieser Rechtsprechung hin zu überprüfen. Die Chance, die die Einführung des Euro bringt, wird sträflich vernachlässigt. Die hervorragende Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland im ambulanten und stationären Bereich, auch im Bereich der Rehabilitation und der Kuren, sollte für ausländische „Kunden“ attraktiv beworben werden, statt mit zweifelhaften Methoden angebliche Überversorgung befeuern zu wollen.

Der Entwurf

- gibt zudem keinerlei Antwort auf die Herausforderungen der demographischen Entwicklung und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts,
- verzichtet weitgehend auf die Eigenverantwortung der Versicherten.

- ist im Gegenteil getragen von einem tiefen Misstrauen gegenüber den Leistungserbringern und den Versicherten.
- ignoriert die Frage, ob der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angesichts der geänderten Rahmenbedingungen noch zeitgemäß ist und mit den vorhandenen begrenzten Mitteln finanziert werden kann.

Im Gegenteil: Mit dem Gesetzentwurf wird der Leistungskatalog mit nicht gegenfinanzierten Leistungen ausgeweitet, die Zuzahlungen werden reduziert und er geht davon aus, dass mittels des Globalbudgets die Ausgabenentwicklung im Lot bleibt. Mit einem Übermaß an Bürokratie und Gängelerei überträgt er der Selbstverwaltung die unlösbare Aufgabe, einen erweiterten Leistungskatalog, verbesserte Qualität der Versorgung, sinkende Zuzahlungen, gedeckeltes Globalbudget, Lastenverschiebungen auf die Kassen und Beitragssatzstabilität in Einklang zu bringen. Mit dieser unlösbaren Aufgabe ist die Selbstverwaltung schlicht überfordert.

Mit diesem Gesetzentwurf wird das Gesundheitswesen in Richtung Rationierung und Verschlechterung der Versorgungsqualität programmiert. Die Koalition übersieht zudem die Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzsektors „Gesundheit“. Er sollte durch gesetzgeberische Interventionen – wenn schon nicht gefördert – zumindest aber nicht behindert werden.

2. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion kann rückblickend feststellen, dass in der letzten Legislaturperiode durch die 3. Stufe der Gesundheitsreform eine finanzielle Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wurde, die die Voraussetzungen für eine umfassende Reformdiskussion geschaffen hat. Daran ist anzuknüpfen. Reformziel sollte ein freiheitliches Gesundheitswesen sein, in dem Versicherte ihre Krankenkasse, ihren Arzt und ihr Krankenhaus frei wählen und sich für verschiedene Gestaltungsformen ihrer medizinischen Versorgung entscheiden können. Dabei muss insbesondere auch auf gleiche Lebensbedingungen in Ost und West hingearbeitet werden. Nicht die Bevormundung durch den Staat oder die Krankenkassen, sondern eine erstklassige gesundheitliche Versorgung mit gestärkter Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des einzelnen muss das Ziel einer humanen, patientenorientierten Gesundheitspolitik sein.
3. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion bedauert, dass die genannten Ziele von der Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen bereits mit dem sogenannten Solidaritätsstärkungsgesetz zum 1. Januar 1999 keine Rolle mehr gespielt haben. Vielmehr wurde das Rad in der Gesund-

heitspolitik zurückgedreht und die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung verschlechtert. Die Senkung der Zuzahlungen, die Rücknahme des Krankenhausnotopfers und die Wiedereinführung von Zuschüssen für Zahnersatz bei jungen Menschen waren zwar vordergründig populär, führen aber unweigerlich bei den Krankenkassen zu Mehrausgaben in Milliardenhöhe, die nicht gedeckt werden. Nach Aussagen der Krankenkassen führte bereits dieses Gesetz zu einer Unterdeckung von über 1 Mrd. DM. Beitragssatzsteigerungen im Jahre 2000 können auch deshalb nach Kassenaussagen nicht ausgeschlossen werden, weil die Verabschiedung des vorliegenden Gesetzentwurfs zu einer zusätzlichen Unterdeckung von 2 bis 3 Mrd. DM führen würde.

4. Neben dieser akuten Gefährdung der Beitragssatzstabilität ist als weiteres Manko des Gesetzentwurfs seine Rückwärtsgewandtheit zu kritisieren: er ist geprägt von Budgetierung, Reglementierung, Bürokratisierung. Am Ende dieses Weges steht eine Staatsmedizin, wie sie aus anderen Ländern bekannt ist. Mangelverwaltung, Rationierung von Gesundheitsleistungen und Verlust von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen werden das Ergebnis sein. Die Verlierer einer solchen „Reform“ sind die Patienten, insbesondere die finanziell Schwachen, die sich Gesundheitsleistungen nicht anderweitig beschaffen können. Ein Marsch in die Zweiklassen-Medizin ist somit vorgeprägt.

Der Gesetzentwurf leitet in der Gesundheitspolitik außerdem einen Systemwechsel ein. Jahrzehntelange Grundsätze wie die freie Arztwahl und die Therapiefreiheit des Arztes werden schleichend ausgehöhlt. Schleichend deshalb, weil versucht wird, der Bevölkerung mit schönen Worten das Gegenteil einzureden. Ideologie und Bürokratie werden einer sicheren und bezahlbaren Gesundheitsversorgung übergeordnet.

5. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion macht diese Kritik insbesondere an folgenden Beispielen fest:

- *Globalbudget gefährdet Versorgungssicherheit*

Für sämtliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung eines Jahres wird ein Globalbudget festgesetzt. Es soll jährlich um die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder (Grundlohnsumme) erhöht werden.

Diese Budgetierung der Ausgaben für medizinische Leistungen ist ein untaugliches Mittel zur Steuerung des Gesundheitswesens. Budgets können nur unzureichend die medizinischen Notwendigkeiten erfassen. Die Grundlohnsummenentwicklung als Maßstab zur Steigerung von Budgets, ist als „Größe“ zur Bestim-

mung des medizinischen Versorgungsbedarfs kranker Menschen ungeeignet. Dieses staatliche Zwangsmittel führt unweigerlich zur Rationierung von Leistungen und zu Ungerechtigkeiten. Damit sind Versorgungsengpässe und die Rationierung von medizinischen Leistungen künftig vorprogrammiert. Dies widerspricht einer am medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientierten Gesundheitspolitik.

- *Einschränkung der Therapiefreiheit durch eine Positivliste*

Die rot-grüne Bundesregierung will durch Rechtsverordnung eine sogenannte Positivliste mit Medikamenten erlassen, die von Kassenärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Mit einer Positivliste werden die Ziele von weniger verordneten Arzneimitteln und mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung nicht erreicht. Gerade chronisch kranke Menschen werden erhebliche finanzielle Belastungen hinnehmen müssen. Nicht mehr erstattete Arzneimittel müssen aus eigener Tasche finanziert werden. Die Positivliste gefährdet die Therapievelfalt, weil durch die Ausgrenzung ganzer Indikationsgebiete therapeutische Lücken entstehen. Gespart wird nichts, weil ausgegrenzte Arzneimittel durch andere – meist teurere – ersetzt werden. Die Ausgrenzung von Arzneimitteln durch eine Positivliste führt also nicht zu geringeren Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern allein zu einer Mehrbelastung der Versicherten und zu einer verschlechterten Versorgungsqualität.

- *Unsicherheit in der Krankenhausfinanzierung*

Mit dem Gesetzentwurf soll ein landesweiter Gesamtbetrag für die Krankenhäuser im Rahmen des Globalbudgets geschaffen werden. Es sollen neue Vergütungsformen eingeführt werden, die ab dem 1. Januar 2003 das alte System ersetzen. Die Investitionsfinanzierung soll „monistisch“ durch die Krankenkassen erfolgen. Für die Krankenhausplanung soll es ab 1. Januar 2003 nur noch Rahmenvorgaben des Landes geben.

Diese Maßnahmen für den Krankenhausbereich gefährden die bedarfsgerechte stationäre Versorgung und verkennen die arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Bedeutung dieses Sektors. Das rot-grüne Konzept für die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung stellt eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung bei stabilem Beitragssatz in Frage. Dabei haben frühere Erfahrungen mit der Monistik sowie gegenwärtige Erfahrungen mit der Planung im Kur- und Rehabilitationsbereich gezeigt, dass über die Sozialversicherungsträger keine ausreichenden Investitionen

getätigt werden konnten. Die Krankenhäuser hatten einen erheblichen Substanzverlust zu beklagen, und innovative Neuerungen blieben unfinanziert. Dies hatte zur Folge, dass der Anschluss an den Stand der Medizin und der Medizintechnik fast verloren ging. Erst die Länder haben durch den gezielten Einsatz von Förderprogrammen diese negative Entwicklung abwenden können.

Der Koalitionsentwurf sieht keine ausreichende Gegenfinanzierung vor. Eine zusätzliche Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Investitionskosten der Krankenhäuser führt in der Konsequenz zu einer massiven Unterfinanzierung der Krankenhäuser und damit zwangsläufig zu Arbeitsplatzverlusten.

Die vorgesehene Abschaffung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit Krankenhäusern und die Regelung über einvernehmliche Rahmenvorgaben der Länder und Landeskrankenkassenverbände führen zu einer Aushöhlung der Länderzuständigkeit in der Krankenhausplanung. Zusammen mit der den Krankenkassen zugestandenen Kompetenz, Krankenhausabteilungen und in der Konsequenz auch ganze Krankenhäuser durch Kündigung aus der Versorgung zu nehmen, stellen diese Maßnahmen den Sicherstellungsauftrag der Länder in Frage. Die Verantwortung der Länder für die stationäre Versorgung muss erhalten bleiben. Eine verantwortungsvolle Krankenhauspolitik der Länder hat sich an den Bedürfnissen der Menschen zu orientieren und kann nicht an die Krankenkassen abgetreten werden.

Vermehrung der Bürokratie, pauschale Kürzungen der Investitionsmittel, verschärfter Wettbewerb ohne Rücksicht auf gewachsene Strukturen und Aushöhlung der Planungsverantwortung der Länder lösen die anstehenden Probleme nicht. Für kleinere Krankenhäuser in der Fläche sind erhebliche Strukturnachteile zu erwarten, die über das Instrument Restrukturierungsverträge kaum ausgeglichen werden können. Monistik bei der Finanzierung von Investitionen und eine neue dualistische Krankenhausplanung stellen das bisherige System auf den Kopf.

- *Bürokratisierung der hausärztlichen Versorgung*

Der Gesetzentwurf führt dazu, dass die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen können, dass Versicherte, die sich verpflichten, stets zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, einen Bonus bekommen. Dessen Höhe soll sich nach den dadurch erzielten Einsparungen richten.

Mit diesem Hausarztmodell wird Bürokratie in Reinkultur geschaffen. Möglicherweise kommt es sogar zu zusätzlichen finanziellen Belastungen, weil ein weiterer Arzt in der Versorgungs-

kette abrechnet. Wenn jeder zweite Patient von einem Beitragsbonus für ein Hausarztmodell Gebrauch machen würde und dafür sein Beitragssatz nur zehn Prozent geringer wäre, dann würde das zu Kosten in Milliardenhöhe führen. Damit wären Beitragssteigerungen programmiert.

Die Krankenkassen müssen zudem ihr Verwaltungssystem umstellen und Kontrollen einführen, um zu prüfen, wer sich an das Hausarztmodell hält und damit den Bonus bekommt. So wird ein monströser Überwachungsapparat installiert, mit dem Ärzte und Patienten gegängelt und entmündigt werden.

- *Keine Machtverschiebung zu Gunsten der Kassen*

Neben der ambulanten und stationären Versorgung soll ein zusätzlicher Bereich der integrierten Versorgung geschaffen werden. Die Krankenhäuser sollen als Institutionen für die ambulante Behandlung bestimmter schwerer Krankheiten geöffnet werden.

Die angestrebte „integrierte Versorgung“ führt zu einer Machtverschiebung zu Gunsten der Kassen. Die Versorgungsstrukturen sollen von den Krankenkassen gestaltet und beherrscht werden. Damit tritt im Wettbewerb unter den Kassen um den Bestand an Versicherten das Wohl des einzelnen Patienten in den Hintergrund. Risikoselektion statt das Bemühen um eine einheitliche Qualität der flächendeckenden Versorgung wird zur Triebfeder der einzelnen Kassen.

- II. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion kann dem Gesetzentwurf aus den genannten Gesichtspunkten – trotz einiger diskussionswürdiger Ansätze – nicht zustimmen. Ein grundsätzlicher Neuanfang mit einer geänderten Grundkonzeption ist notwendig.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert den Gesetzentwurf zurückzuziehen. Nur so kann Schaden von unserem Gesundheitswesen abgewendet werden. Die Gesundheitsreform 2000 ist in der vorliegenden Form weder für die Aufrechterhaltung der Beitragssatzstabilität noch für die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung geeignet oder erforderlich.

Weder die vorgesehene Budgetierung, die Positivliste, die integrierte Versorgung, die „Stärkung der Hausärzte“ noch die monistische Krankenhausfinanzierung würden für die Jahre 2000/2001 die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlasten. Für alle Beteiligten des Gesundheitswesens, auch für die Patienten, ist die Situation daher ohne diese Reform ab Januar 2000 besser, als mit dieser Reform. Es ist daher Zeit, mit der gebotenen Sorgfalt und ohne ideologische Engstirnigkeit einen neuen Anlauf zu unternehmen.

- III. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion fordert die Bundesregierung daher auf, in Anlehnung an das von

ihr in der letzten Legislaturperiode eingeführten Partnerschaftsmodell umgehend das Gespräch mit allen Beteiligten unter Einbeziehung der maßgeblichen Fraktionen des Deutschen Bundestages und den Ländern mit dem Ziel aufzunehmen, bis Ende Juni 2000 Eckpunkte einer wirklich zielführenden Gesundheitsreform vorzulegen, mit der die gesetzliche Krankenversicherung fit für die Zukunft gemacht werden kann. In der 2. Jahreshälfte 2000 kann die parlamentarische Beratung erfolgen, so dass das Gesetz zum 1. Januar 2001 in Kraft treten kann.

- IV. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion unterstreicht den hohen Stellenwert der Herstellung der sozialen Einheit zwischen den alten und neuen Ländern.

Seit der Wiedervereinigung ist es ein vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik gewesen, die Lebensverhältnisse in den neuen und den alten Ländern einander anzugleichen. Ziel des Angleichungsprozesses war es, in den neuen Ländern ein Gesundheitssystem aufzubauen, mit dem die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen dauerhaft auf hohem Niveau gewährleistet ist. Die Angleichung der Lebensverhältnisse im Gesundheitswesen ist 8 Jahre nach der Wiedervereinigung schon sehr weit gediehen – weiter als in vielen anderen Lebensbereichen.

Als weiterer wichtiger Schritt ist daher die stufenweise Einführung eines vollständigen rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs anzustreben. Abzulehnen ist die nicht notwendige Verknüpfung dieses wichtigen Anliegens mit der Gesundheitsreform 2000, da die sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen viel zu komplex und in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht mehr zu beantworten sind.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion fordert die Bundesregierung daher auf, umgehend in Gespräche mit allen Beteiligten zu treten, um Konsequenzen und Folgen eines bundesweiten Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2001 zu erörtern und anschließend den gesetzgebenden Körperschaften einen Gesetzentwurf vorzulegen.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. wie auch der PDS kritisierten heftig das Beratungsverfahren, das sich aus ihrer Sicht als sehr hektisch darstellte. Die Beratung des Gesetzentwurfs habe im September 1999 begonnen, am 9., 10., 21. und 22. September 1999 hätten öffentliche Anhörungen von Sachverständigen stattgefunden. Für Mitte Oktober 1999 seien von der Koalition umfangreiche Änderungsanträge angekündigt worden, dann habe sich dieser Termin auf den 27. Oktober 1999 verschoben, als die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen offiziell im Ausschuss für Gesundheit eingebracht wurden. Durch die Änderungsanträge sei der Gesetzentwurf in entscheidenden Punkten wesentlich geändert worden, weshalb die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eine spezielle Anhörung zu diesen Anträgen beantragten. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. beantragten deshalb, wegen der knappen

Zeit die Anhörung auf die folgende Woche zu verschieben, was der Ausschuss mehrheitlich ablehnte. Die Koalition habe aber mit ihrer Mehrheit ohne Teilnahme der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, dass diese öffentliche Anhörung von Sachverständigen am Dienstag, dem 2. November 1999, also keine Woche nach der offiziellen Einbringung im Ausschuss, stattfand. Der Abschluss der Beratungen wurde auf den 3. November 1999 terminiert, so dass überhaupt keine Zeit blieb, die Anhörung, die am Tage zuvor stattgefunden hat, auch nur oberflächlich auszuwerten. Sie stellten fest, dass dadurch ein ordentliches Beratungsverfahren nicht gegeben war.

Die Mitglieder der Fraktion der F.D.P. kritisierten die totale Budgetierung des Gesundheitswesens. Die Erfahrungen mit Budgetierungen in allen Ländern zeigten eindeutig, dass die unabwendbare Folge Rationierungen und Einschränkungen seien, die allesamt zu Lasten der Patienten gingen. Es könne also keine Rede davon sein, dass die Interessen der Patienten im Mittelpunkt der Reform ständen, auch wenn die Verbraucher- und Patientenberatung von den Krankenkassen subventioniert werden solle, könne das nicht darüber hinweg täuschen, dass deren Interessen hintenan ständen. Das Ergebnis der Budgetierung seien Wartelisten und mittel- und langfristig werde man dann auch – wie beispielsweise in England schon Realität – über Altersgrenzen bei den medizinischen Leistungen diskutieren.

Heftig kritisierten sie das Globalbudget. Jede gesetzliche Krankenkasse bekomme ein Globalbudget, was bedeute, dass man mit mindestens 500 Globalbudgets rechnen müsse. Ferner habe man die sektorale Budgetierung im ärztlichen Bereich, im zahnärztlichen Bereich, im Arzneimittelbereich, im Heilmittelbereich, neuerdings im Krankenhausbereich und nun auch im Rehabilitationsbereich. Vollkommen unklar bleibe, welche Wechselwirkungen sich zwischen diesen einzelnen Budgets entfalten würden. Niemand habe deutlich und klar erklären können wie das Globalbudget auf die einzelnen Budgets verteilt werden solle.

Durch den Gesetzentwurf werde eine Zweiklassenmedizin betrieben, denn nur der ökonomisch Starke könne sich Leistungen auch privat kaufen, er könne sich Massage oder Krankengymnastik kaufen. Er könne sich Arzneimittel kaufen, wenn sie wegen der Positivliste nicht mehr verschrieben werden dürften. Dies sei pure Zweiklassenmedizin, der sozial Schwache werde nicht mehr geschützt, wie das bei der alten Koalition der Fall gewesen sei. Es gebe Budgets, bestimmte Therapien und Arzneimittel dürften nicht mehr verschrieben werden.

Besonders gegen die vorgesehene Positivliste richtete sich die Kritik der Mitglieder der Fraktion der F.D.P. Jede Positivliste schränke die Therapiefreiheit des Arztes ein. Die Möglichkeit, dass der Arzt mit dem Patienten die Therapie absprechen könne, werde so verbaut. Es werde aber nicht nur die Therapiefreiheit eingeschränkt, sondern auch die Zukunft und Existenz gerade der mittelständischen Pharmaindustrie in Deutschland gefährdet. Es sei auch völlig unsinnig nach dem normalen Zulassungsverfahren für Arzneimittel ein weiteres bürokratisches Genehmigungsverfahren durch ein

Gremium nachzuschalten, dessen Legitimation für die Vornahme solcher einschränkender Eingriffe in das Marktgeschehen im übrigen fraglich sei.

Die integrierte Versorgung bedeute, dass die Kassen mit einzelnen Leistungserbringern und Gruppen von Leistungserbringern Verträge abschließen könnten. Damit sei aber die flächendeckende Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gefährdet. Die integrierten Versorgungsformen würden zuerst aus dem Budget entlohnt, bevor die anderen Versorgungsformen finanziert würden. Auf diese Weise würden viele Ärzte und auch Patienten benachteiligt. Dazu komme noch, dass die Budgets die floatenden Punktwerte vorantrieben, was die Freiberuflichkeit des Arztes weiter einzuschränken drohe.

Im übrigen wird die europäische Ebene völlig ausgeblendet. Der Gesundheitsmarkt, der fast der größte Markt ist, solle nicht integriert werden, sondern er solle vom europäischen Markt separiert werden. Es sei vor dem Hintergrund der Urteile des Europäischen Gerichtshof völlig verfehlt, die europäische Perspektive auszublenden. Die Versicherten, die im Ausland Urlaub machten oder dort arbeiteten, müssten Perspektiven in der gesetzlichen Versicherung haben. Den Krankenkassen müsse die Möglichkeit eingeräumt werden, innerhalb des gesetzlichen Systems Leistungen im Ausland zu finanzieren. Dies sei aber im Rahmen des Sachleistungssystems nicht möglich. Allein schon in diesem Kontext biete sich die Einführung des Kostenerstattungsverfahrens an.

Die Mitglieder der Fraktion der PDS sprachen sich für eine Beibehaltung des bewährten Sachleistungsprinzips der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos, der gemeinsamen paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber und eines für alle gültigen und medizinisch vollwertigen Leistungskatalog aus. Richtig sei auch, dass der Gesetzentwurf Maßnahmen für eine rationeller Arzneimittelversorgung vorsehe wie auch, dass er geeignet sei, Gesundheitsförderung; Prävention und Selbsthilfe einen höheren Stellenwert zu verleihen.

Die Einführung der Monistik kritisierten sie als einen folgenschweren Irrweg. Es sei richtig, dass die Krankenhauskapazitäten im Einvernehmen zwischen Ländern und Kassen entstehen sollten. Es sei aber nicht einzusehen, warum der ohnehin schon stark belastete Beitragszahler nun auch noch die Krankenhauskapazitäten bezahlen solle. Es gebe keinen Grund, die Länder aus der richtigerweise bei ihnen angesiedelten Verantwortung zu entlassen. Fatal sei, dass man unmittelbar an die vorgesehenen Strukturveränderungen die Erwartung knüpfe, sofort mit geringstmöglichen Zuwächsen auszukommen, wie es sich beispielsweise bei dem vorgesehenen Übergang zur Monistik zeige.

Sie unterstrichen die immer noch großen Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Vor allem durch die vorgesehenen rigide Budgetierung werde es zu weiteren bedeutenden Engpässen kommen. Notwendig sei es hingegen, noch für 1999 Möglichkeiten zu eröffnen, den medizinisch unabweisbaren Versorgungsbedarf zusätz-

lich zu vergüten. Man müsse sich den besonderen Finanzierungsproblemen des Gesundheitswesens in Ostdeutschland mit größerer Konsequenz stellen. Der Finanzausgleich zwischen West und Ost müsse deutlich verbessert werden, um endlich die nicht mehr zu vermittelnde Ungleichbehandlung der Gesundheitseinrichtungen in Ostdeutschland zu beenden. Insofern begrüßten sie die von der Koalition eingebrachten Änderungsanträge zur Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs und zur Entschuldung der Krankenkassen in den neuen Bundesländern.

### B. Besonderer Teil

Soweit die Bestimmungen des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuss angenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

#### Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 11 SGB V-E)

– Abgrenzung Vorsorgemaßnahmen/Rehabilitation

##### Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht dem bisherigen Text im Entwurf.

##### Zu Buchstabe b

Diese Regelung stellt klar, dass medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation eigenständige Leistungen sind. Sie sind also nicht etwa ein Unterfall der in § 11 Abs. 1 genannten Leistungsarten wie z. B. Krankenbehandlung. Auf diese Weise wird die im Gesetzentwurf bereits enthaltene Neuabgrenzung von medizinischen Vorsorgeleistungen und Leistungen der medizinischen Rehabilitation präzisiert. Durch die Änderung in Buchstabe a wird bewirkt, dass die bisher in § 40 Abs. 1 geregelte ambulante Rehabilitationskur künftig zu den medizinisch hochwertigen ambulanten Vorsorgeleistungen zählt, weil sie die Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten zum Ziel hat. Die Krankenkassen können diese Leistungen ebenso wie sogenannte Kompaktkuren weiterhin für ihre Versicherten erbringen, allerdings als medizinische Vorsorgeleistungen. Dies wird auch durch die Neuregelungen des § 40 Abs. 1 in Verbindung mit § 125a SGB V-E untermauert, die davon ausgehen, dass Leistungen der ambulanten Rehabilitation künftig demselben ganzheitlichen Ansatz entsprechen wie stationäre Rehabilitationsleistungen.

Nähere Einzelheiten der Abgrenzung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen werden in den Rahmenempfehlungen nach § 111a SGB V geregelt, die die Spitzenverbände der Krankenkassen mit 26 bundesweiten Organisationen von Leistungserbringern abgeschlossen haben.

#### Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 20)

– Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe

##### Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu b

##### Zu Buchstabe b

Aufgrund der begrifflichen Unschärfe zwischen allgemeiner Gesundheitsförderung und Primärprävention entfällt diese Differenzierung. Angesichts ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wird Primärprävention als Soll-Leistung eine Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Angebote der Krankenkassen zur Primärprävention sollen darauf hinwirken, dass der allgemeine Gesundheitszustand der Versicherten und insbesondere die wissenschaftlich belegte geringe Inanspruchnahme entsprechender Leistungen durch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen verbessert wird. Damit sollen die Krankenkassen im Rahmen ihrer Zuständigkeit einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit bei der Gesundheit leisten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur Primärprävention zu verständigen, sowie auf Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, der Qualitätssicherung und der Dokumentation. Damit werden Flexibilität und Innovation verbessert. Gleichzeitig werden die notwendigen und hinreichenden Bedingungen geschaffen, um wettbewerbsbedingten Fehlentwicklungen vorzubeugen. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der Voraussetzungen der Leistungsgewährung nach Satz 3 zu dokumentieren und zu veröffentlichen. Mit dieser Regelung soll neben der Transparenz auch die rasche Verbreitung erfolgreicher Ansätze zur Primärprävention erreicht werden.

##### Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung in der Folge der Änderung zu b

##### Zu Buchstabe d

Da die Krankenkassen im Hinblick auf das Globalbudget ohnehin in der Verantwortung für den wirtschaftlichen Umgang mit den Finanzmitteln stehen, wird die finanzielle Obergrenze für Ausgaben zur Primärprävention durch einen Richtwert ersetzt. Ausgehend von einem Ausgangsbetrag von fünf Deutschen Mark je Versicherten im Jahr 2000 wird das Ausgabenvolumen der Krankenkassen in den Folgejahren durch Anbindung an die prozentuale Steigerung der Bezugsgröße West nach § 18 Abs. 1 SGB IV dynamisiert.

##### Zu Buchstabe e

###### Doppelbuchstabe aa

In Satz 3 wird auch Selbsthilfegruppen und -organisationen die pauschale Förderung durch die Krankenkassen ermöglicht. Damit wird klargestellt, dass die bisher schon praktizierte pauschale Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen durch die Krankenkassen auch weiterhin möglich ist.

###### Doppelbuchstabe bb

Um zu gewährleisten, dass die Krankenkassen – wie beabsichtigt – einen angemessenen Anteil ihrer Ausgaben



für die Förderung der Selbsthilfe verwenden, wird in Abs. 4 Satz 5 für das Jahr 2000 ein Richtwert von einer Deutschen Mark je Versicherten für die Selbsthilfeförderung vorgesehen. Ausgehend von einem Ausgangsbetrag von einer Deutschen Mark je Versicherten im Jahr 2000 wird das Ausgabenvolumen der Krankenkassen in den Folgejahren durch Anbindung an die prozentuale Steigerung der Bezugsgröße-West nach § 18 Abs. 1 SGB IV dynamisiert.

#### **Zu Buchstabe f**

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Schutzimpfungen gehören nicht in den Bereich der primären Prävention, wie sie der § 20 SGB V vorsieht, sondern sind medizinische Leistungen zur Krankheitsverhütung. Daher werden diese Leistungen dem § 23 zugeordnet.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 23 SGB V-E)**

– Vorsorgeleistungen

#### **Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Streichung des § 111a Satz 2 Nr. 4 nach Auslaufen der Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2000 (vgl. Art. 1 Nr. 62).

#### **Zu Buchstabe b**

Die inzwischen vorliegenden Finanzergebnisse der GKV für das 1. Halbjahr 1999 weisen für den Bereich der zu budgetierenden stationären Maßnahmen einen Zuwachs von 8 v.H. je Mitglied aus. Sollten die Zuwächse auch im 2. Halbjahr anhalten, so müssten aufgrund der Budgetregelungen die Ausgaben von 1999 auf 2000 deutlich zurückgehen. Diese Einschränkung der künftig für stationäre Vorsorge- und RehaMaßnahmen zur Verfügung stehenden Mittel wäre mit dem von der Koalition vertretenen Grundsatz des besonderen Stellenwerts der Rehabilitation nicht vereinbar. Deshalb wird durch die Änderung auf das Ausgabenvolumen 1999 als Basis für das Budget für stationäre Vorsorge- und Rehaleistungen abgestellt. Dadurch, dass § 142 Abs. 3 entsprechend gilt, kann auch die dort in Satz 3 enthaltene Flexibilisierungsmöglichkeit Anwendung finden, die einen höheren Ausgabenanstieg zulässt, wenn entsprechende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen abgesichert sind.

#### **Zu Buchstabe c**

Aufgrund ihres medizinischen Charakters sollen die Schutzimpfungen durch inhaltlich unveränderte Übernahme des bisherigen § 20 Abs. 5 in den neuen Absatz 9 aus dem Bereich der primären Prävention herausgelöst und der medizinischen Vorsorge zugeordnet werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 24 SGB V-E)**

– Flexibilisierung der Regeldauer medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter

Redaktionelle Klarstellung dahingehend, dass die Flexibilisierung der Regeldauer und des Wiederholungsintervalls auch bei medizinischen Vorsorgeleistungen für

Mütter gilt und Zuzahlungen nur dann erhoben werden, wenn die Krankenkasse die Maßnahmen voll zahlt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 12a – neu – (§ 24b Abs. 4 SGB V)**

– Schwangerschaftsabbruch mittels Mifegyne

Klarstellung zur Übernahme der Kosten für das Arzneimittel Mifegyne (vormals RU 486).

§ 24b Abs. 2 SGB V sieht keine besonderen Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs vor; damit besteht an sich eine gesicherte Grundlage für die Übernahme von Kosten gerechtfertigter Schwangerschaftsabbrüche durch die Krankenkassen. Auch bei Beratungsabbrüchen unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 Strafgesetzbuch besteht der Wille des Gesetzgebers, dass die dazu erforderlichen Leistungen, unabhängig von der Abbruchmethode, von den Ländern zu finanzieren sind (Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen). Nach sachlogischer und in Orientierung an der einschlägigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vorzunehmender Rechtsauslegung ist von einer Gleichwertigkeit des medikamentösen mit dem operativen Abbruch auszugehen. Zur Recht Klarheit und zur Beseitigung von Unsicherheiten wird mit dem Änderungsantrag allerdings nunmehr unmissverständlich klargestellt, dass auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche erfasst sind.

#### **Änderungsantrag**

der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 – Drucksache 14/1245 –

#### **Zu Artikel 1 Nr. 17a (§ 33a SGB V-E)**

– Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

Die Regelung, welche Arzneimittel verordnungsfähig sind, soll vor der Vorschrift über Ausschlüsse (§ 34) stehen. Die einzelnen Regelungen werden in einer Vorschrift zusammengefasst und in das Kapitel „Leistungen der Krankenversicherung“ gestellt. Die Überschrift wird an die Überschrift des § 34 angepasst.

Die weiteren Änderungen dienen vorrangig der redaktionellen Anpassung und der Klarstellung.

In Absatz 1 Satz 1 wird definiert, was unter dem Begriff Arzneimittel in diesem Zusammenhang zu verstehen ist.

Absatz 1 Satz 3 verpflichtet das Bundesministerium für Gesundheit zur Bekanntgabe einer Fertigarzneimittel-liste, die auf Grundlage der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel erstellt wird. Dies ermöglicht es dem Bundesministerium für Gesundheit, die Fertigarzneimittel-liste auch in einem datenbankgestützten Informationssystem zu veröffentlichen, um die Fertigarzneimittel-liste so für die Ärzteschaft praktikabel zur Verfügung stellen zu können. Nur eine laufend aktualisierte Datenbank kann dem Ziel einer Fertigarzneimittel-liste in diesem Zusammenhang gerecht werden.

In Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 wird konkretisiert, dass ein medizinischer Sachverständiger aus der ärztlichen Pra-

xis ein Hausarzt im Sinne von § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V sein muss.

Absatz 7 Satz 4 stellt klar, dass Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 SGB V für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in den genannten Anwendungsgebieten verordnungsfähig sind, nach den Qualitätskriterien dieses Absatzes bewertet und ggf. ausgeschlossen werden können.

Die Aufnahme der Vereinigungen von Patienten und Betroffenen in Absatz 9 Satz 2 dient dem Patientenschutz und bindet die Betroffenen bereits früh in die Ausgestaltung der Liste mit ein.

Die Fristverkürzung in Absatz 10 Satz 3 ist für die Umsetzung der Vorschlagsliste in Regelungen der Rechtsverordnung erforderlich.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 34 Abs. 1 SGB V-E)**

– Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Redaktionelle Änderung

§ 34 Abs. 1 bleibt erhalten und betrifft eine Regelung über Arzneimittel, so dass die Überschrift nicht geändert werden muss.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 34a SGB V-E)**

– Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

Redaktionelle Änderung durch Aufnahme der Regelung in § 33a.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 20 (§ 37a)**

– Soziotherapie

In Absatz 1 wird klargestellt, dass Soziotherapie erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht werden darf. Weiter wird verdeutlicht, dass Soziotherapie auf Grundlage eines ärztlichen Behandlungsplanes verordnet werden muss.

In Absatz 2 wird an den Bundesausschuss der Auftrag gegeben, in den Richtlinien über Soziotherapie auch die Ziele zu bestimmen. Damit erfolgt eine Klarstellung des Gewollten.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 21 (§ 40 SGB V-E)**

– Rehabilitationsleistungen

Folgeänderung zur Streichung des § 111a Satz 2 Nr. 4 nach Auslaufen der Übergangsregelung zum 31. Dezember 2000 (vgl. Artikel 1 Nr. 62).

#### **Zu Artikel 1 Nr. 22 (§ 41 SGB V-E)**

– Flexibilisierung der Regeldauer der Rehaleistungen für Mütter

I.

Redaktionelle Klarstellung dahingehend, dass die Flexibilisierung der Regeldauer und des Wiederholungsintervalls auch bei Rehaleistungen für Mütter gilt und Zuzahlungen nur dann erhoben werden, wenn die Krankenkasse die Maßnahmen voll zahlt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 43 SGB V-E)**

– Prüfung von Patientenschulungsmaßnahmen

Die Änderung stellt klar, dass es auf die Wirksamkeit und Effizienz der Schulungsprogramme ankommt, und dass die Krankenkasse und nicht eine andere Stelle die Maßnahme prüft.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 24a (§ 61 SGB V)**

– Zuzahlungsbefreiung

Einbeziehung der neu eingeführten Zuzahlung bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 5 i. V. m. Absatz 1 (vgl. Artikel 1 Nr. 21 des Entwurfs) in die Härtefallklausel für vollständige Befreiung von Zuzahlungen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 26 (§ 64 Abs. 3 SGB V-E)**

– zusätzliches Bereinigungskriterium

Eine Bereinigung nur nach der Zahl der teilnehmenden Versicherten geht an der sachlichen Notwendigkeit vorbei. Es ist auch der jeweils erwartete Versorgungsbedarf zu berücksichtigen. Damit wird einer etwaigen Risiko-selektion vorgebeugt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 27 (§ 65a)**

– Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

Die Ergänzung, dass die Verpflichtung des Versicherten, fachärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Oberweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, schriftlich erfolgen muss, ist nach Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz aus datenschutzrechtlichen Gründen und solchen des Nachweises (Umsetzung von Artikel 7 der EG-Datenschutzrichtlinie: „Einwilligung muss ohne jeden Zweifel gegeben werden.“) erforderlich.

Gleiches gilt für das Einverständnis des Versicherten zur Datenerfassung durch die Krankenkasse.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 27 (§ 65b)**

– Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Um eine angemessene Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben sicherzustellen, werden die hierfür aufzuwendenden Fördermittel in Absatz 2 gesetzlich festgeschrieben. Die Verantwortung für die Förderung wird auf die Spitzenverbände der Krankenkassen verlagert, um eine effiziente Koordinierung der Modellvorhaben und der Vergabe der Fördermittel zu gewährleisten. Die Fördermittel sind von den Krankenkassen im Umlageverfahren aufzubringen.

Zusätzlich zu der gesetzlich vorgegebenen Förderung auf Bundesebene soll ergänzend die Möglichkeit einer Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben auf der Ebene der Landesverbände geschaffen werden. Damit kann insbesondere auch regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 69 SGB V)**

– Anwendungsbereich § 69

Die Ergänzungen stellen sicher, dass § 69 auch auf die in §§ 63 und 64 SGB V geregelten Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit Leistungserbringern Anwendung findet. Dies gilt auch, soweit nach § 63 Abs. 3 Satz 1 SGB V von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgewichen werden kann.

**Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 73 Abs. 1a)**

– Hausärztliche Versorgung

Die Neufassung der Gliederungsvorschrift dient im wesentlichen der besseren Lesbarkeit. In den Sätzen 1 und 2 werden alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entweder der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung zugeordnet; die Regelungen entsprechen inhaltlich dem Gesetzentwurf. Die Ergänzung um „Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung“ in Satz 3 beseitigt ein Redaktionsversehen und stellt den alten Rechtszustand wieder her. Die Streichung des Wortes „zeitlich“ in Satz 3 stellt eine sprachliche Klarstellung dar. Die Ergänzung in Satz 5 gibt auch den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung die Möglichkeit, bis zum 31. Dezember 2000 unabhängig von Zulassungsbeschränkungen in die hausärztliche Versorgung zu wechseln. Ihnen wird damit dasselbe Recht zugestanden wie den hausärztlich tätigen Internisten, die nach der Entwurfsfassung in die fachärztliche Versorgung wechseln können. Die Gleichbehandlung ist gerechtfertigt, weil auch nach bisherigem Recht Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung wechseln können. Die Verlängerung der Wahlfrist in Satz 5 vom 30. Juni 2000 auf den 31. Dezember 2000 ist gerechtfertigt, weil erst zu diesem Zeitpunkt ausreichende Klarheit über die wesentlichen entscheidungserheblichen Tatsachen (einheitlicher Bewertungsmaßstab, Honorarverteilungsmaßstab) für die Wahl zur Teilnahme an der haus- oder fachärztlichen Versorgung vorliegen. Satz 6 entspricht dem bisherigen Recht.

**Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 73 SGB V-E)**

– Hausärztliche Versorgung/Datenübermittlung

**Zu Buchstabe a**

Die Ergänzung, dass die Einwilligung des Versicherten zur Datenerhebung des Hausarztes bei anderen Leistungserbringern schriftlich erfolgen muss und jederzeit widerrufen werden kann, ist nach Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich. Die in Satz 1 geregelte Erhebung von Daten durch den Hausarzt bezieht sich zwar nur auf den konkreten, aktuellen Behandlungsfall; dennoch kann sie einen intensiven Eingriff in das Vertrauensverhältnis des Versicherten zu einem anderen Leistungserbringer bedeuten. Daher soll hier auf die Widerrufbarkeit der Einwilligung besonders hingewiesen werden.

Gleiches gilt für die Datenerhebung von anderen Ärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern sowie für die Korrespondenznorm, wonach Ärzte und nicht-ärztliche

Leistungserbringer ihre Behandlungsdaten zur Verfügung stellen.

**Zu Buchstabe b**

Siehe Begründung zu Buchstabe a). Ferner wird in Zusammenhang mit der Regelung in § 276 Abs. 2 klargestellt, dass sich die Befugnis der Hausärzte zur Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst auch auf die vorliegenden Befunde und Unterlagen anderer Leistungserbringer erstreckt.

**Zu Artikel 1 Nr. 32 Buchstabe c (§ 73 Abs. 1c)**

– Hausärztliche Versorgung

Durch § 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V werden Hausärzte verpflichtet, ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung auf dem Praxisschild anzugeben (vgl. Begründung zu Nummer 35). Um eine einheitliche Vorgehensweise in Bezug auf Form und Inhalt dieser Angabe sicherzustellen, werden die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, hierüber eine die Hausärzte verpflichtende Regelung zu treffen.

**Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 73 Abs. 2)**

– Psychotherapie

I. Nach den bisherigen Regelungen im SGB V umfasst die Tätigkeit des Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten allein die Behandlung psychischer Störungen mit einem in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zugelassenen Behandlungsverfahren.

Es wird klargestellt, dass durch die in Absatz 1 Satz 2 unter Nummer 12 aufgenommene Verordnung von Soziatherapie als vertragsärztliche Leistung das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten nicht erweitert werden soll.

**Zu Artikel 1 Nr. 44b (§ 87 Abs. 2d SGB V-E)**

– zahnärztlicher Bewertungsmaßstab

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens wurde deutlich, dass der für die gleichgewichtige Umbewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs vorgegebene Zeitrahmen von 18 Monaten nicht ausreichend ist. Deshalb wird die Frist um ein halbes Jahr auf den 31. Dezember 2001 verlängert.

**Zu Artikel 1 Nr. 35 (§ 76 Abs. 3)**

– Hausärztliche Versorgung

Die Streichung der bisherigen Nummer 35 ist eine Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 32 (§ 73): In Zusammenhang mit dem Einverständnis des Versicherten zur Übermittlung von Behandlungsdaten in § 73 Abs. 1b ist die ursprüngliche Regelung obsolet.

Um es dem Versicherten zu ermöglichen, einen Hausarzt zu wählen, muss für ihn offensichtlich sein, welche Vertragsärzte an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Zweckmäßig ist es, die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung, die sich nach § 73 Abs. 1a bestimmt, bereits auf dem Praxisschild anzugeben. Bei

den Versicherten bestehende Unklarheiten über die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen werden hierdurch beseitigt.

**Zu Artikel 1 Nr. 37 (§ 79 SGB V)**

– Verwaltungsrat bei den KVen und KBVen

**Zu Buchstabe a**

Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind auch die Vorsitzenden der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 80 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Mit der Regelung wird klargestellt, dass auch unter Einbeziehung dieser Mitglieder die Höchstzahl von 60 Mitgliedern nicht überschritten werden darf.

**Zu Buchstabe b**

Klarstellung des Gewollten

**Zu Artikel 1 Nr. 38a (neu) (§ 79c SGB V)**

– Beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung bei den KVen und der KBV

Die Regelung schreibt zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung zu bilden haben, der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Zur stärkeren Einbindung der anderen Arztgruppen können zudem weitere beratende Fachausschüsse gebildet werden, deren Art und Zahl in der Satzung zu regeln sind. Die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse sind bei den Kassenärztlichen Vereinigungen von dem Verwaltungsrat aus dem Kreis der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt die Wahl aus dem Kreis der Mitglieder aller Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Bestimmungen für den beratenden Fachausschuss für Psychotherapie (§ 79b) bleiben erhalten. Die Rechte der Fachausschüsse entsprechen den Rechten des bereits bestehenden beratenden Fachausschusses für Psychotherapie.

**Zu Artikel 1 Nr. 39 (§ 80 SGB V)**

– Wahl der Verwaltungsräte der KBVen/Vorschlagsrecht der Hausärzte bei den Vorstandswahlen

**Zu Buchstabe a**

Die hauptamtlichen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen werden kraft ihres Amtes Mitglieder der Verwaltungsräte der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Sie werden somit nicht von dem Verwaltungsrat jeder Kassenärztlichen Vereinigung gewählt. Die Regelung führt nicht zu einer Erhöhung der gesetzlich in § 79 Abs. 2 Satz 4 vorgegebenen Obergrenze für die Mitgliederzahl der Verwaltungsräte der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (bis zu 60 Mitglieder). Sie zielt auf eine umsetzungsorientierte Straffung der Entscheidungsprozesse in den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab.

**Zu Buchstabe b**

Bei der Neufassung des Doppelbuchstaben aa handelt es sich um eine redaktionelle Änderung.

Mit der Neufassung des Doppelbuchstaben bb stellt Satz 2 als Folgeregelung zur Einführung des hauptamtlichen Vorstandes klar, dass die Mitglieder des Verwaltungsrates einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht gleichzeitig in den Vorstand dieser Kassenärztlichen Vereinigung gewählt werden können. Für die gesetzlichen Krankenkassen regelt dies bereits § 33 Abs. 3 Satz 2 i. V. m. § 43 Abs. 3 SGB IV. Satz 3 gibt vor, dass ein Vorstandsmitglied auf Vorschlag der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitglieder des Verwaltungsrates gewählt werden muss. Hierdurch soll die Stellung der Hausärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung gestärkt werden. Das Nähere zur Wahl, einschließlich der Vorstandsmitglieder nach Satz 4, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Satzungen zu regeln.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 (§ 83)**

– Gesamtverträge

**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung aus Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe b.

**Zu Buchstabe b**

Begründung zu Artikel 1 Nr. 41.

**Zu Artikel 1 Nr. 42 (§ 84 SGB V-E)**

– Arznei- und Heilmittelbudget

**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Folgeänderung zur Übernahme der Regelung zu den Richtgrößen in Absatz 3 (alt) nach § 106.

**Zu Buchstabe b**

Durch die Änderung erhöht sich die Zahl der Vertragsregionen, die den Referenzwert bestimmen. Dadurch wird sichergestellt, dass regionale Besonderheiten bei der Bestimmung dieses Wertes weitgehend neutralisiert werden. Der Vergleich des Ausgabenniveaus der Budgetregionen mit einer „Benchmark“ ist jedoch nur ein Kriterium zur Beurteilung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Die Vertragspartner haben darüber hinaus Spielraum, regionale Besonderheiten, die bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeitsreserven relevant sind, zu berücksichtigen; das betrifft auch solche Morbiditätsunterschiede, die nicht hinreichend durch die Alters- und Geschlechtsstruktur abgebildet werden.

**Zu Buchstabe c**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es wird klargestellt, dass der die Gesamtvergütungen verringerende Ausgleichsbetrag um die Summe der Regresse zu korrigieren ist, die für das betreffende Kalenderjahr (Budgetzeitraum) durch die Prüfungsausschüsse in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 arztindividuell, festgesetzt worden sind.

**Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc**

Korrektur der Verweise.

**Zu Artikel 1 Nr. 44 (§ 87 SGB V-E)**

– Gliederung haus- und fachärztlicher Versorgung

Die Inanspruchnahme hochspezialisierter fachärztlicher Leistungen soll nur auf Überweisungen erfolgen, um sicherzustellen, dass diese Leistungen nur bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation nachgefragt werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 45 (§ 87a SGB V-E)**

– Honorarverteilungsmaßstab

**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene vertragliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen soll entfallen; die im geltenden Recht vorgesehene Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen soll beibehalten werden.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, dass bei der Honorarverteilung dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte Rechnung getragen wird. Durch diese gesetzliche Vorgabe soll erreicht werden, dass bei der Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes die Besonderheiten des Leistungsspektrums dieser Leistungserbringer berücksichtigt werden. Diese Besonderheiten liegen darin, dass die Psychotherapeuten und die genannten psychotherapeutisch tätigen Ärzte (fast) ausschließlich zeitgebundene Leistungen erbringen und damit von den Auswirkungen einer Ausweitung der Menge der von den Ärzten insgesamt abgerechneten Leistungen (Punktwertabsenkung) in besonderem Maße betroffen sind. Die Abgrenzung der Gruppe der „ausschließlich“ psychotherapeutisch tätigen Ärzte soll entsprechend der in den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen getroffenen Definition erfolgen; danach sind ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte solche Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 Prozent überschreiten.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

**Zu Buchstabe c**

Es soll sichergestellt werden, dass die Regelungen zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach bundesweit einheitlichen Vorgaben getroffen werden.

**Zu Buchstabe d**

Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

**Zu Artikel 1 Nr. 45 (§ 87b SGB-V-E)**

– Zahlungsanspruch für Mehrkosten

Die Bewertung für lichthärtende Composite-Füllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich entspricht bei Vorliegen einer absoluten Kontraindikation gegen Amalgam im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen bereits heute annähernd dem 3,5fachen GOZ-Faktor. Deshalb wird der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes für diese im Rahmen der Mehrkostenregelung erbrachten Füllungen auf das 3,5fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt.

Da die Modernisierung des Leistungskataloges gem. § 92 erst mit der Neubewertung durch den Bewertungsausschuss gem. § 87 Abs. 2d vollzogen ist, entfällt die Schutzbedürftigkeit der GKV-Versicherten erst mit der Vollendung beider Aufgaben. Von diesem Zeitpunkt an existiert ein klar definierter, neu bewerteter Leistungskatalog, der eine in jeder Hinsicht transparente Wahlentscheidung der Versicherten zwischen GKV-Leistungen und darüber hinaus gehenden Leistungen ermöglicht. Die Honorarbindung kann deshalb erst zu diesem Zeitpunkt entfallen.

**Zu Artikel 1 Nr. 45a – neu – (§ 89 Abs. 8)**

– Schiedsämter zahntechnischer Bereich

Die Änderung gewährleistet, dass – vergleichbar der Regelung des § 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung – auch im Bereich der Versorgung mit zahntechnischen Leistungen nur die Vertreter der Kassenarten im Schiedsamt mitwirken, die von der Entscheidung des Schiedsamtes betroffen sind. In Absatz 8 Satz 3 2. Halbsatz wird für den Fall, dass von einem Vertrag nur eine Kassenart betroffen ist, bestimmt, dass sich die Zahl der Mitglieder den Krankenkassen und die Zahl der Vertreter der Zahntechniker auf jeweils zwei erhöht, damit die Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung der Zahntechniker und Krankenkassen von den unparteilichen Mitgliedern im Schiedsamt nicht überstimmt werden können.

**Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 92)**

– Richtlinien Soziotherapie

Die Änderung stellt klar, dass der Bundesausschuss nach den Vorgaben des § 37a SGB V – Richtlinien über die Verordnung von Soziotherapie zu erarbeiten hat.

**Zu Artikel 1 Nr. 47 (§ 92a 1 SGB V-E)**

– Institut für Arzneimittelverordnung

Redaktionelle Anpassung durch Aufnahme der Regelungen in § 33a.

**Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 93 Abs. 1 SGB V-E)**

– Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

Redaktionelle Änderung

Da § 34 Abs. 1 erhalten bleibt, ist § 93 an die geänderte Vorschrift des § 34 anzupassen.

**Zu Artikel 1 Nr. 53 (§ 101)**

– Jobsharing/Angest. Zahnarzt

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummern 43 und 45.

**Zu Artikel 1 Nr. 53 (§ 101 Abs. 5)**

– Hausärztliche Versorgung

**Zu 1.**

Folgeänderung zu § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V: Durch die Verlängerung der Entscheidungsfrist für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung bis zum 31. Dezember 2000 ist es notwendig, die Bildung der planungsrechtlichen Arztgruppe der Hausärzte erst zum 1. Januar 2001 in Kraft zu setzen. Dies hat zur Folge, dass für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner und Internisten bis zu diesem Datum unter Geltung der bisherigen Bedarfsplanung Neuzulassungen möglich sind.

Die zweite Neuregelung in Satz 1 stellt klar, dass überwiegend psychotherapeutisch tätige Hausärzte unter Geltung der hausärztlichen Bedarfsplanung auch der planungsrechtlichen Arztgruppe der Psychotherapeuten zuzuordnen sind.

**Zu 2.**

Folgeänderung zu § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V: Durch die Verlängerung der Entscheidungsfrist für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung bis zum 31. Dezember 2000, können die Feststellungen des Landesausschusses über den regionalen Versorgungsgrad frühestens zu diesem Stand erfolgen. Da die in § 101 Abs. 5 Satz 6 vorgesehene Entscheidungssperre aufgrund der Änderung in Satz 1 nunmehr nur einen Monat dauert, ist die Sonderregelung für eine Praxisübergabe, wie sie der Gesetzentwurf vorsah, nicht mehr erforderlich.

**Zu Artikel 1 Nr. 56 (§ 106 SGB V-E)**

– Wirtschaftlichkeitsprüfung

**Zu Buchstabe a**

Klarstellung des Zeitraumes, auf den sich die Prüfungen beziehen.

**Zu Buchstabe b**

Es wird klargestellt, dass in einer Stichprobenprüfung nicht sämtliche der aufgeführten Prüfkriterien Gegenstand der Prüfungen sein müssen.

**Zu Buchstabe c**

Die im geltenden Recht vorgesehene Möglichkeit, weitere Prüfungsarten zu vereinbaren, soll beibehalten werden. Solche Prüfungen können erforderlich sein, soweit ein unwirtschaftliches Verhalten des Vertragsarztes in einem Regelverfahren (Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen) nicht erkannt wird.

**Zu Buchstabe d**

Durch die Reduzierung der Schwellenwerte soll erreicht werden, dass bei einem Ausgleich von Überschreitungen der Budgets nach § 84 individuelle Regresse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen größeres Gewicht erhalten;

nach § 84 Abs. 2 wird der „Kollektivregress“ um die Summe der individuell zu leistenden Regresse reduziert.

**Zu Buchstabe e**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Buchstabe f**

Es wird klargestellt, dass auch Fremdbefunde den Prüfungsausschüssen vorzulegen sind. Ferner wird die Aufbewahrung der Unterlagen in den Prüfungsausschüssen zeitlich begrenzt.

**Zu Artikel 1 Nr. 59 (§ 109)**

– Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

**Zu Buchstabe a**

Klarstellung. Bei der Vereinbarung der Leistungsstruktur des Krankenhauses und der Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109a handelt es sich angesichts des absehbaren Anpassungsbedarfs im Laufe der Jahre um eine Daueraufgabe.

**Zu Buchstabe b**

Das Wort „bedarfsgerecht“ in § 109 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 kann entfallen, weil ein Versorgungsvertrag mit dem betreffenden Krankenhaus ohnehin nur abgeschlossen werden darf, wenn dieses Krankenhaus für die Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich ist. Auch haben sich die beim Abschluss von Versorgungsverträgen zu berücksichtigenden Rahmenvorgaben nach § 109a ohnehin am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren (s. § 109a Satz 1). Die Ermittlung des Bedarfs richtet sich nicht allein nach der tatsächlichen Inanspruchnahme des jeweils betroffenen Krankenhauses, sondern muss weitere Faktoren berücksichtigen (s. Begründung zu § 109a), beispielsweise auch gewollte Veränderungen in der regionalen Versorgungsstruktur.

Ist bei bereits feststehendem Bedarf eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern erforderlich (§ 109 Abs. 2 Satz 2), kann einerseits eine erneute Bedarfsprüfung entfallen und ist andererseits als weiteres Auswahlkriterium der Maßstab der Qualitätssicherung sachgerecht.

**Zu Buchstabe c**

Für Klagen gegen die Landesbehörde wird – abweichend von § 29 Sozialgerichtsgesetz – die erstinstanzliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts begründet. Die Beschränkung auf eine Tatsacheninstanz dient der Verfahrensbeschleunigung in Rechtsstreitigkeiten von zumeist erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung, in denen angesichts der Beteiligung des Landes eine umfassende Vorprüfung nicht nur in rechtlicher, sondern auch in tatsächlicher Hinsicht erfolgt ist. Die Zulässigkeit einer Revision bleibt unberührt.

**Zu Artikel 1 Nr. 60 (§ 109a SGB V)**

– Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge mit Krankenhäusern

Buchstabe a verschiebt im Hinblick auf die nach Satz 8 bis zum 30. April 2002 bereitzustellenden Leistungsda-

ten den Termin für die erstmalige Beschlussfassung über Rahmenvorgaben auf den 30. September 2002.

Buchstabe b bestimmt, dass für die erstmalige Ermittlung des Leistungsbedarfs die Daten des Jahres 2001 und damit zeitnähere Leistungsdaten zugrunde zu legen sind.

Buchstabe c bestimmt eine neue Datenbasis für die Ermittlung der allgemeinen leistungsorientierten Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge, die sich insbesondere auf die Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen der Leistungen zu beziehen haben. Die zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen benötigen Art und Anzahl der erbrachten Leistungen in der Systematik des neuen Fallgruppensystems. Diese Daten sind nach § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG für das Jahr 2001 von den Krankenhausträgern zu liefern; sie sind für diese Zwecke besser geeignet als die im Gesetzentwurf (Satz 8) genannten Leistungsdaten. Durch die Änderung wird auch erreicht, dass den Rahmenvorgaben die Leistungsdaten des Jahres 2001 und damit zeitnähere Daten zugrunde gelegt werden können. Da die erstmalig bis zum 30. September 2002 zu beschließenden Rahmenvorgaben zum 1. Januar 2003 in Kraft treten, können sie den erstmalig bis zum 31. Dezember 2003 abzuschließenden Vereinbarungen über die Leistungsstruktur und die Aufgabenteilung des Krankenhauses nach § 109 Abs. 1 Satz 3 zugrunde gelegt werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 110)**

– Kündigung von Versorgungsverträgen

Über eine von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erhobene Klage gegen die Beanstandung einer Kündigung durch die Landesbehörde entscheidet – abweichend von § 29 Sozialgerichtsgesetz – das Landessozialgericht im ersten Rechtszug. Die Beschränkung auf eine Tatsacheninstanz dient der Verfahrensbeschleunigung in Rechtsstreitigkeiten von zumeist erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung, in denen angesichts der Beteiligung des Landes eine umfassende Vorprüfung nicht nur in rechtlicher, sondern auch in tatsächlicher Hinsicht erfolgt ist. Die Zulässigkeit einer Revision bleibt unberührt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 63 (§ 113)**

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhäuser durch die nach Abs. 1 bestellten Prüfer soll – wie die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 (s. Nr. 104) – auch Prozeduren und Entgelte umfassen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 66 (§ 115b)**

– Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Die Regelung in § 115b Abs. 1 Satz 3 tritt an die Stelle des bisher vorgesehenen Wegfalls des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses für den Fall, dass eine nach § 115b Abs. 1 Satz 2 gesondert benannte ambulant durchführbare Operation bzw. ein gesondert benannter stationärer Eingriff stationär durchgeführt wird,

ohne dass die Krankenkasse dem zuvor zugestimmt hätte oder – bei nachträglicher Prüfung – zu der Einschätzung gelangt, dass die stationäre Durchführung des Eingriffs notwendig war, und sich demgemäß zur Übernahme der Kosten des stationären Eingriffs bereit erklärt. Unter den vorstehend genannten Voraussetzungen wird der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nunmehr gesetzlich auf den Betrag begrenzt, der bei ambulanter Durchführung des Eingriffs hätte geleistet werden müssen, da der Eingriff – wenn auch nicht stationär – ohnehin hätte erbracht und vergütet werden müssen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 67a – neu – (§ 118)**

– Psychiatrische Institutsambulanzen

##### **Zu Absatz 1**

Die Regelung in Absatz 1 entspricht dem geltenden Recht.

##### **Zu Absatz 2**

Bestimmte Gruppen schwer und chronisch psychisch Kranker können auf Grund ihrer Krankheit nicht adäquat von den niedergelassenen Ärzten behandelt werden. Es handelt sich hierbei um Patienten, die einen dringenden ambulanten Behandlungsbedarf haben, die aber auf Grund der Art, Schwere und Dauer der Verläufe ihrer Erkrankungen von sich aus Vertragsärzte nicht aufsuchen bzw. durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können (z. B. ungenügendes multiprofessionelles Angebot, begrenzte Flexibilität des Personaleinsatzes). Hierbei ist insbesondere zu denken an schwere Verläufe psychischer Krankheiten, z. B. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, geriatropsychiatrische Erkrankungen. Bisher wurden diese Patienten im wesentlichen stationär in den psychiatrischen Krankenhäusern betreut. Um auch eine ambulante Behandlung der Patienten durch diese Einrichtungen zu ermöglichen, räumte § 118 Abs. 1 SGB V – alt – den psychiatrischen Krankenhäusern einen Anspruch auf bedarfsunabhängige Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ein, d. h. ohne Prüfung, ob die Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte sichergestellt ist, während psychiatrische Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern nur bei einem entsprechenden Bedarf vom Zulassungsausschuss ermächtigt wurden.

Im Zuge der Psychiatriereform hat eine Dezentralisierung des stationären Bereichs stattgefunden mit deutlicher Bettenreduzierung und Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser, die oft weit ab von Wohngebieten liegen, und gleichzeitigem zunehmendem Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an wohnortnahen Allgemeinkrankenhäusern, in denen zunehmend auch die beschriebene Patientengruppe betreut wird. Die bisherige Regelung mit der Trennung in bedarfsunabhängig zu ermächtigende psychiatrische Krankenhäuser und bedarfsabhängig zu ermächtigende psychiatrische Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern wird daher dem Regelungsziel nicht mehr gerecht.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen

Bundesvereinigung erhalten deshalb den Auftrag, in einem Vertrag die Gruppen der Kranken festzulegen, die durch Vertragsärzte regelmäßig ambulant nicht adäquat zu behandeln sind und deshalb der Behandlung durch psychiatrische Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern bedürfen. Diese werden gesetzlich zur Behandlung dieser Krankheiten ermächtigt. Durch die gesetzliche Ermächtigung zur Behandlung nur der Kranken, die in den Vertragsarztpraxen nicht behandelbar sind, ist sichergestellt, dass es zu keinen Doppelstrukturen und damit zu keinen Interessenkollisionen mit den niedergelassenen Ärzten kommt. Insbesondere werden Widersprüche zu den vorgesehenen strengen Zulassungsbeschränkungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Einführung einer Bedarfszulassung (vgl. § 102 SGB V) vermieden, die bei einer unbeschränkten gesetzlichen Ermächtigung der Ambulanzen unvermeidbar gewesen wären und die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Bedarfszulassung im Hinblick auf den damit verbundenen Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsfreiheit der Ärzte (Artikel 12 GG, Einzelheiten siehe Begründung zu § 102 SGB V, Drucksache 12/1245, S. 79 f.) in Frage gestellt hätten. In dem Vertrag sind auch die Einzelheiten des Verfahrens bei der Erbringung der Leistung, z.B. eine Konfliktlösung bei unterschiedlichen Auffassungen der Beteiligten über das Vorliegen einer Katalogkrankheit, zu vereinbaren.

Zur ambulanten Betreuung dieser besonderen Gruppe psychisch Kranker sind alle die stationären psychiatrischen Einrichtungen geeignet, die aufgrund der Regelungen des Betreuungsrechts und der Landesunterbringungsgesetze die Verpflichtung haben, die dort genannten psychisch erkrankten Personen aufzunehmen („regionale Versorgungsverpflichtung“). Diese Verknüpfung gründet darauf, dass diese Einrichtungen die besondere Fachkompetenz vorhalten, die für die Behandlung von Patienten mit den in § 118 Satz 2 beschriebenen Katalogkrankheiten notwendig ist und über die niedergelassene Vertragsärzte regelmäßig nicht verfügen.

Absatz 2 Satz 3 regelt die Konfliktlösung durch das erweiterte Bundesschiedsamt (Vertreter der drei Vertragsparteien in gleicher Zahl zuzüglich der drei unparteiischen Mitglieder), wenn der Vertrag nicht zustande kommt. Entscheidungen sind mit Zweidrittelmehrheit aller Mitglieder zu treffen. Dies stellt sicher, dass die Blockade des Vertragsschlusses durch eine der Parteien unmöglich wird.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 68 (§ 120)**

– Vergütung der Leistungen der Polikliniken

#### **Zu Buchstabe a**

Die Streichungen sind erforderlich, da die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken erbrachten Leistungen durch Absatz 2 geregelt wird.

#### **Zu Buchstabe b**

Die im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken erbrachten Leistungen werden nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte vergütet. Die

hiermit im Vergleich zur bisherigen Regelung verbundene Änderung ist geboten, um die Gesamtvergütung von solchen Leistungen zu entlasten, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden. Durch die Neuregelung in Satz 1 wird des weiteren vermieden, dass die Vergütung der Polikliniken durch die innerärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Die vertragsärztliche Gesamtvergütung ist von den Partnern des Gesamtvertrags um den bisher für die Vergütung der Polikliniken entrichteten Betrag zu bereinigen.

Durch Satz 2 erhalten die Träger der Hochschulen das Recht, selbst über die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu verhandeln. Dies ist zur Gewährleistung einer die besonderen Umstände der Leistungserbringung berücksichtigenden Vergütung erforderlich.

Satz 3 entspricht geltendem Recht.

Die in Satz 4 vorgesehene Abstimmung der Vergütung der Polikliniken mit den Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen soll die integrierte Leistungserbringung sowie eine einheitliche und patientenbezogene Leistungsabrechnung ermöglichen. Entsprechend der bisherigen Regelung für die Vergütung der Polikliniken, die einen Abschlag für Forschung und Lehre in Höhe von 20 Prozent vorsieht, ist bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen vergütungsmindernd zu berücksichtigen, dass die Ermächtigung aus Gründen der Forschung und der Lehre erteilt wird. Der bei Polikliniken an öffentlich geförderten Krankenhäusern bisher in Absatz 3 vorgesehene Investitionskostenabschlag wird durch Satz 5 beibehalten.

#### **Zu Buchstabe c**

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die gesetzliche Bestimmung eines Abschlags auf die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen ist nunmehr in Absatz 2 geregelt (vgl. Begründung zu Buchstabe b).

#### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Als notwendige Folge der Änderungen im Vergütungsbereich ist das Formularwesen für die Abrechnung der im Rahmen von Forschung und Lehre an den Polikliniken erbrachten Leistungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung zu vereinbaren.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 69 (§ 125a SGB V-E)**

– Gemeinsame Versorgungsverträge

Anpassung an die üblichen Voraussetzungen für Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die nach § 111 Abs. 2 SGB V von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam zu schließen sind, durch Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 70 (§ 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V-E)**

– Rahmenvertrag über Arzneimittelversorgung

Das Volumen der Parallel- und Reimportarzneimittel reicht nicht aus, um den nationalen Versorgungsbedarf



zu decken. Es ist daher erforderlich, das praktische Verfahren in einem Rahmenvertrag gemäß § 129 Abs. 2 SGB V zu regeln.

**Zu Artikel 1 Nr. 70a (§ 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V-E)**  
– Rahmenvertrag über Arzneimittelversorgung

Das Volumen der Parallel- und Reimportarzneimittel reicht nicht aus, um den nationalen Versorgungsbedarf zu decken. Es ist daher erforderlich, das praktische Verfahren in einem Rahmenvertrag gemäß § 129 Abs. 2 SGB V zu regeln.

**Zu Artikel 1 Nr. 71 (§ 132b SGB V)**  
– Soziotherapie

Durch die Änderung wird eine flächendeckend hohe Qualität der Leistungserbringung mit Soziotherapie sichergestellt.

**Zu Artikel 1 Nr. 76 (§ 136 SGB V-E)**  
– Verpflichtung zur Qualitätssicherung

**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Klarstellung.

**Zu Buchstabe b**

Die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird auf die stationären Einrichtungen beschränkt. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung erkannt sind und auch ohne die gesetzliche Vorgabe Qualitätsmanagement eingeführt wird.

**Zu Buchstabe c**

Die Entwicklung und Anwendung der innerhalb der Berufsgruppen entwickelten Leitlinien soll unverändert den jeweiligen Verantwortlichen überlassen bleiben. Daher stellt die Änderung klar, dass die Anwendung interprofessionell erarbeiteter Leitlinien grundsätzlich nicht verbindlich vorgeschrieben wird.

**Zu Artikel 1 Nr. 77 (§§ 136a, 136b SGB V-E)**  
– Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

**Zu Buchstabe a**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Bei der Änderung in Absatz 1 Nr. 1 handelt es sich um eine Folgeänderung aus der Regelung in § 136 Abs. 2.

Durch die Änderung in Absatz 1 Nr. 2 wird verdeutlicht, dass die Kriterien insbesondere für die Indikation der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu bestimmen sind.

Die Änderung in Absatz 1 Nr. 3 stellt klar, dass die Vorschrift auch die Entwicklung von Kriterien für Qualitätsprüfungen sowie die vorzulegenden Unterlagen und Befunde von anderen Leistungserbringern umfasst.

Die Streichung von Satz 2 und 3 ist eine Folgeänderung aus der Neuregelung in § 137e Abs. 3.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Mit der Änderung wird die erforderliche datenschutzrechtliche Befugnis für die Vertragsärzte geschaffen, die Unterlagen einschließlich der Befunde und Dokumentationen dem Prüfer vorzulegen.

**Zu Buchstabe b**

Bei der Änderung in Absatz 1 Nr. 1 handelt es sich um eine Folgeänderung aus der Regelung in § 136 Abs. 2.

Durch die Änderung in Absatz 1 Nr. 2 wird verdeutlicht, dass die Kriterien insbesondere für die Indikation aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen zu bestimmen sind.

Die Änderung in Absatz 1 Nr. 3 stellt klar, dass in den Richtlinien auch Kriterien für die Durchführung der Qualitätsprüfungen zu erarbeiten sowie Unterlagen und Befunde auch von anderen Leistungserbringern vorzulegen sind.

**Zu Artikel 1 Nr. 78 (§ 137 SGB V-E)**

– Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

**Zu Buchstabe a**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Wegen des in Absatz 3 bestimmten Verfahrens ist eine zusätzliche Verfahrensregelung für die Meinungsbildung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen entbehrlich.

Die Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus gelten auch für Versicherte der privaten Krankenversicherung. Es wird deshalb vorgesehen, den Verband der privaten Krankenversicherung bei den Vereinbarungen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus als Vertragspartner zu beteiligen.

Ferner wird die Art der Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe neu bestimmt. Die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe können durch den Deutschen Pflegerat sowie die zuständigen Gewerkschaften vertreten werden.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Vereinbarungen für zugelassene Krankenhäuser gelten.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung in § 136 Abs. 2.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Es wird verdeutlicht, dass Kriterien insbesondere für die Indikation der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie der Dokumentation der Versorgungsabläufe und Behandlungsergebnisse zu vereinbaren sind.

**Zu Doppelbuchstabe dd**

Die Streichung der Sätze 4 und 5 ist eine Folgeänderung aus der Neuregelung in § 137e Abs. 3.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Klarstellung.

**Zu Buchstabe c**

Folgeänderung der Änderung in Absatz 1.

**Zu Artikel 1 Nr. 79 (§ 137a SGB V-E)**

– Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen im Krankenhaus

Die Neuregelung in § 137e Abs. 3 sieht die Bestimmung von Behandlungskorridoren durch den Koordinierungsausschuss unter Beteiligung der Bundesärztekammer vor. Durch diese Vorschrift werden auch Kriterien für die ärztliche Berufsausübung im Krankenhaus festgelegt. Durch die Änderung in § 137 (siehe Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 78) wird darüber hinaus der Bundesärztekammer das Recht zur Beteiligung an den auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarungen über Verfahren und Maßnahmen der Qualitätssicherung eingeräumt. Die Neuregelung berücksichtigt daher in ausreichendem Masse die Belange der ärztlichen Berufsausübung bei der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen. Zudem haben die auf der Bundesebene vereinbarten Maßnahmen für die Krankenhäuser unmittelbare Geltung, so dass für die nach § 137a Abs. 3 vorgesehenen bundesweiten Rahmenempfehlungen, bei denen die Mitwirkung der Ärztekammern vorgesehen war, kein Raum mehr besteht.

**Zu Artikel 1 Nr. 80 (§ 137b SGB V-E)**

– Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin hat insbesondere zur Aufgabe, zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zu treffen. Da Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen auch privat versicherte Patienten betreffen, ist eine Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung notwendig und sachgerecht.

Im übrigen wird zur Klarstellung darauf hingewiesen, dass die in diesem Paragraphen genannten Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe – ebenso wie in § 137 Abs. 1 und § 137e Abs. 3 – durch den Deutschen Pflegerat sowie die zuständigen Gewerkschaften vertreten werden können.

**Zu Artikel 1 Nr. 81**

– Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

**Zu Buchstabe a**

In Anlehnung an die Vertretung der Krankenkassen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird klargestellt, dass die Krankenkassen auch im Ausschuss Krankenhaus durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten

Verbände – unter Ausschluss der See-Krankenkasse – an der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beteiligt sind.

Die Krankenhauseite wird im Ausschuss Krankenhaus durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertreten.

**Zu Buchstabe b**

Die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestellen aus dem Kreis der von den jeweiligen Vereinigungen benannten Mitglieder des Ausschusses Krankenhaus unter Einbeziehung des unparteiischen Mitgliedes den Vorsitzenden des Ausschusses und dessen Stellvertreter; im Fall der Nichteinigung erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Anders als im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen führt damit im Ausschuss Krankenhaus nicht zwingend das unparteiische Mitglied dieses Gremiums den Vorsitz; die Mitgliedschaft des Vorsitzenden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen reicht mit Blick auf die Aufgabenstellung des neuen Koordinierungsausschusses und die gemeinsame Geschäftsführung von Koordinierungsausschuss, Bundesausschüssen und Ausschuss Krankenhaus aus, um die erforderliche enge Abstimmung zwischen diesen Gremien zu gewährleisten.

**Zu Artikel 1 Nr. 81 (§ 137d SGB V-E)**

– Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 136 Abs. 2.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Ergänzung stellt klar, dass die Vorschrift neben eigenen Unterlagen und Befunden auch solche von anderen Leistungserbringern umfasst.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neuregelung in § 137e Abs. 3. Die Ergänzung macht deutlich, dass für die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – ebenso wie für zugelassene Krankenhäuser – Vereinbarungen über die grundlegenden Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement getroffen werden sollen.

**Zu Buchstabe d**

Redaktionelle Klarstellung.

**Zu Artikel 1 Nr. 81 (§ 137e – neu –)**

– Koordinierungsausschuss

Zur Absicherung der sektorenübergreifenden Verzahnung und einer einheitlichen Methodik bei der Sichtung und Aufbereitung des wissenschaftlichen Datenmaterials für die Bewertung der Wirksamkeit sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien bilden die Spitzenorganisationen, die den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss Krankenhaus bilden, einen Koordinierungsausschuss in Form einer Arbeitsgemeinschaft. (Derartige Zusammenschlüsse sieht das geltende Recht bereits für andere sektorenübergreifende Zwecke in § 219 SGB V vor.) Dabei wird die Bundesärztekammer zwar nicht als Entscheidungspartner mit einbezogen, ihr Sachverstand kommt allerdings dadurch zum Tragen, dass ihr vor der Beschlussfassung über die Kriterien nach Absatz 3 das Recht zur Stellungnahme eingeräumt wird (ein im Rahmen der Richtlinienarbeit nach § 92 SGB V bewährtes Beteiligungsprinzip).

Der Koordinierungsausschuss setzt sich zusammen aus den Vorsitzenden der o. g. Ausschüsse sowie paritätisch aus 9 Vertretern der Leistungserbringer (ambulant und stationär) und 9 Vertretern der Krankenkassen.

Die Funktion des Koordinierungsausschusses ist

- die Gewährleistung einer gemeinsamen Geschäftsführung der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus,
- die Erarbeitung von Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung und
- die Abgabe von Empfehlungen in Angelegenheiten, die zwei oder mehrere der in Absatz 1 genannten Ausschüsse betreffen.

Die Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsführung dient der Absicherung eines abgestimmten Entscheidungsverhaltens durch Koordinierung der Arbeit im Vorfeld der Beschlussfassung der einzelnen Ausschüsse. Außerdem dient sie dem effizienteren Einsatz der personellen Ressourcen der Geschäftsführung. Die Entscheidungen der einzelnen Ausschüsse werden weiterhin von den dafür nach dem Gesetz zuständigen Ausschüssen getroffen, d. h. die gesetzliche Legitimationsbasis der von diesen Gremien getroffenen Regelungen ändert sich durch die Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsführung nicht. Das für die Geschäftsführung notwendige Personal wird vom Koordinierungsausschuss in dem von ihm für notwendig befundenen Umfang angestellt. Die Verteilung der Kosten überlässt das Gesetz ebenfalls den Beteiligten.

Die weitere wichtige Aufgabe des Koordinierungsausschusses ist es, für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr Kriterien für die Leistungserbringung der Vertragsärzte und der Krankenhäuser festzulegen. Dabei wird der Bundesärztekammer das Recht zur Stellungnahme eingeräumt. Da der zahnärztliche Versorgungsbereich nicht betroffen ist, wirken bei diesen Entscheidungen keine Vertreter der Zahnärzte mit. Der Koordinierungs-

ausschuss soll vorrangig Kriterien für Patientengruppen beschließen, bei denen durch eine verbesserte Versorgungsqualität eine nachhaltige Beeinflussung der Morbidität und Mortalität zu erwarten ist. Die Kriterien beschreiben indikationsbezogene Behandlungskorridore und sollen auf der Basis wissenschaftlich fundierter (evidenzbasierter) Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie sicherstellen. Sie sollen für solche Krankheiten bestimmt werden, bei denen Anhaltspunkte für eine Unter-, Fehl- oder Überversorgung bestehen und diese Mängel abbauen helfen. Sofern sich zusätzliche Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung ergeben oder die eingeleiteten Maßnahmen nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation geführt haben, kann sich der Ausschuss auch wiederholt mit einer Krankheit beschäftigen. Die Kriterien sollen durch die Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten eine große gesundheitsökonomische und medizinische Relevanz haben. Ebenso müssen sie versorgungsspezifische und ggf. versorgungsübergreifende Anforderungen ausreichend erfüllen. Für die Erarbeitung der Kriterien ist es erforderlich, bei dem Koordinierungsausschuss eine – durch Geschäftsordnung näher zu bestimmende – sachverständige Stabsstelle einzurichten. Um insbesondere wissenschaftliche Erkenntnisse in ausreichendem Masse einzubeziehen, kann außerdem externer wissenschaftlicher Sachverstand hinzugezogen werden.

Für die Entscheidungen des Koordinierungsausschusses nach Absatz 3 gilt § 94 SGB V entsprechend; d. h. insbesondere, dass sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen sind, innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden können und im Bundesanzeiger bekannt zu machen sind.

Die Einhaltung der aufgrund dieser Vorschrift beschlossenen Kriterien durch die Leistungserbringer wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für den vertragsärztlichen Bereich nach § 106 SGB V und für den stationären Bereich nach § 113 SGB V geprüft.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Koordinierungsausschusses ist es, zur Sicherung sektorenübergreifender, widerspruchsfreier Entscheidungen der in Absatz 1 genannten Ausschüsse Empfehlungen für diese Aufgabengebiete abzugeben. An diesen Entscheidungen wirken jeweils die Vertreter der Sektoren mit, die von diesen Entscheidungen betroffen sind. Das Nähere über die Zusammensetzung des Koordinierungsausschusses in diesen Fällen ist in der Geschäftsordnung zu regeln. Das bedeutet z. B., dass die Vertreter der KZBV und der Vorsitzende des entsprechenden Bundesausschusses nicht bei solchen Empfehlungen mitwirken, die nur Angelegenheiten des vertragsärztlichen und des stationären Bereichs betreffen.

Um insbesondere dem Anliegen einer ausreichenden berufs- und sektorenübergreifenden Abstimmung zu entsprechen, ist vor den Entscheidungen des Koordinierungsausschusses den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie den Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu

geben, soweit deren Belange berührt sind. Die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe können durch den Deutschen Pflegerat sowie die zuständigen Gewerkschaften vertreten werden.

Nach Absatz 6 obliegt die Aufsicht über den Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Verweis auf die Absätze 2 und 3 des § 94 SGB X, der allgemeine Regelungen über die Bildung von Arbeitsgemeinschaften von Leistungserbringern im Anwendungsbereich des SGB enthält, stellt klar, dass die Aufsicht des BMG eine allgemeine Rechtsaufsicht ist und dass die Arbeitsgemeinschaft, soweit erforderlich, einen Haushaltsplan aufzustellen hat.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140a Abs. 1 SGB V-E)**

– Hausärztliche Versorgung in der integrierten Versorgung

Die Regelung über die Teilnahme von Hausärzten wird in § 140a gestrichen und in die Rahmenvereinbarung nach § 140d aufgenommen.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140a Abs. 2 SGB V-E)**

– Datenschutz

Um datenschutzrechtliche Einwände auszuräumen und um der stärkeren Mitwirkung der Patienten bei der Behandlung Rechnung zu tragen, soll er über die Inanspruchnahme der Dokumentation mit seinen persönlichen Daten in die Verantwortung mit eingebunden werden. Im Hinblick auf die besondere Sensibilität des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses soll der Verweis auf § 203 StGB den Kreis der zugangsberechtigten Personen einschränken.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140b Abs. 1 SGB V-E)**

– Beratung durch Kassenärztliche Vereinigungen/Finanzmanagement

Die Verhandlung über die Verträge zur integrierten Versorgung betreffen oftmals schwierigste ökonomische und rechtliche Fragestellungen. Hier kann eine Servicefunktion der Kassenärztlichen Vereinigung auf Wunsch der Vertragsärzte hilfreich sein. Auch kann es sachdienlich sein, das Finanzmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung zu übertragen.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140b Abs. 2, dritter Spiegelstrich SGB V-E)**

– Konkretisierung des Kreises der möglichen Vertragspartner

Die möglichen Vertragspartner werden um die Träger der im Gesetz neu erwähnten ambulanten Rehaeinrichtungen ergänzt.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140b Abs. 4 SGB V-E)**

– Begrenzung des Versorgungsauftrags

Es wird klargestellt, dass von den Bundesausschüssen und dem Ausschuss nach § 137c Abs. 2 ausgeschlossene Leistungen auch in der integrierten Versorgung nicht erbracht werden dürfen.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140b Abs. 5 SGB V-E)**

– Vergütungsvereinbarungen für stationäre Leistungen

Im Rahmen eines Vertrages zu integrierten Versorgungsformen können – abweichend vom Pflegesatzrecht – gesonderte Vergütungsregelungen für die Leistungen eines Krankenhauses gegenüber den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden. Wird durch die Pflegesatzparteien in Abweichung von § 12 BpflV ein Erlösbudget nicht vereinbart, weil sich alle gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam an dem Vertrag mit dem Krankenhausträger zur integrierten Versorgung beteiligt haben, gäbe es für die nicht gesetzlich krankenversicherten Patienten keine ausdrückliche Entgeltregelung. Für diesen Fall sollen daher die im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarten, den Budgetbereich nach § 12 BpflV ersetzenden Entgelte einheitlich gegenüber allen Krankenhausbenutzern gelten. Die Regelung knüpft insoweit an dem Grundsatz der einheitlichen Pflegesätze nach § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG an.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140b Abs. 6 und Abs. 7 (neu) SGB V-E)**

– Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung, Zustimmungserfordernis

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die Gelegenheit haben, den Vertrag bereits im Entwurfsstadium daraufhin zu prüfen, ob der Vertrag hinreichend die Interessen der beteiligten Leistungserbringer wahrt, ob er die rechtlichen Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllt und ob er Belange in Ansehung des Sicherstellungsauftrags berührt. Die Prüfung kann sich auch darauf erstrecken, ob der Vertragsinhalt sich an dem Ziel einer bedarfsgerechten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Versicherten orientiert. Von Bedeutung wird hier auch sein, dass Risikoselektionen entgegengewirkt wird, die Grundprinzipien einer solidarischen Krankenversicherung beachtet und andere allgemein anerkannte gesellschaftliche Wertprinzipien zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems berücksichtigt werden.

Rechtliche Konsequenzen hat das Ergebnis der Prüfung unmittelbar nicht. Die Vertragspartner sollen jedoch unterrichtet und beraten sein, ob und ggf. welche Auswirkungen der Vertrag haben wird.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140c Abs. 1 SGB V-E)**

– Vergütung in der integrierten Versorgung

Die Änderung stellt klar, dass im Vertrag zur integrierten Versorgung die Vergütung der Leistungen zu regeln ist. Dies bedeutet, dass unabhängig von anderen Budget- und Vergütungsregelungen im SGB V die Vertragspartner der integrierten Versorgung eigenständige Vergütungsregelungen zu vereinbaren haben.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140c Abs. 2 SGB V-E)**

– Vergütung in der integrierten Versorgung

Redaktionelle Änderung; die im Entwurf noch enthaltenen Regelungen zur Bereinigung anderer Budgets sind in die dafür vorgesehenen Vorschrift des § 140f aufzu-

nehmen. § 140c, der lediglich die Vergütung von Leistungen in der Integrationsversorgung betrifft, wäre für Bereinigungsregelungen der rechtstechnisch falsche Standort.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140d Abs. 1 Nr. 2 SGB V-E)**  
– Qualitätssicherung

Die Mindestanforderungen an die Qualität und die Sicherung der Qualität sollen den Vorgaben von § 136 SGB V und dem Standard der Richtlinien nach § 136a Abs. 1 und § 136b Abs. 1 und 2 entsprechen.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140d Abs. 1 Nr. 3 SGB V-E)**  
– Rahmenvereinbarung/Hausärztliche Versorgung

Mit der Änderung wird die Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung in das Integrationsangebot in den Regelungskomplex der Rahmenvereinbarung überführt. Da jedoch auch integrierte Versorgungsformen sinnvoll sind, die z. B. nur innerhalb der zahnärztlichen Behandlung konzipiert werden, ist eine hausärztliche Beteiligung nicht in **jeder** integrierten Versorgung zwingend. Denkbar sind darüber hinaus auch integrierte Versorgungsformen, die lediglich stationäre Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen umfassen; auch hier ist eine zwingende hausärztliche Beteiligung nicht erforderlich. Es bleibt den Partnern der Rahmenvereinbarung überlassen, ob und in welchen Fällen sie die Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung für sachdienlich erachten und sie deshalb vorsehen wollen.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140d Abs. 1 Nr. 4 SGB V-E)**  
– Klarstellende Unterscheidung zwischen vereinbarter Vergütung für die Integrationsversorgung und der Bereinigung sektorspezifischer Budgets – Bereinigungskriterien

Vergütungs- und Bereinigungsvereinbarungen sind bestimmte Bemessungskriterien zugrunde zu legen.

Die Bereinigungsanweisung muss sich auf die Regelungsgegenstände beschränken, für die die Partner der Rahmenvereinbarungen eine Regelungskompetenz mit Wirkung gegenüber denjenigen haben, die die Bereinigung vornehmen müssen. So kann z. B. die Anweisung zur Bereinigung an die Partner der Vereinbarungen über die Arznei- und Heilmittelbudgets nicht in Bundemantelverträgen verbindlich erteilt werden.

Die Regelungen müssen versichertenbezogen erfolgen; dabei sind Elemente des Risikostrukturausgleichs heranzuziehen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

Die richtige Handhabung der Bereinigung soll spätestens innerhalb Jahresfrist überprüft werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140e SGB V-E)**  
– Rahmenvereinbarungen

Mit der Änderung soll der eigenständigen und auch im SGB V hervorgehobenen Bedeutung der Deutschen Krankenhausgesellschaft Rechnung getragen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140f SGB V-E)**

– Bereinigung

**Zu Absatz 1**

Mit der Änderung werden die Vorschriften zur Bereinigung bereichsspezifischer Vergütungen mit Ausnahme von § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in § 140f konzentriert. Die Verpflichtung zur Bereinigung richtet sich sowohl an Krankenkassen als auch an Leistungserbringer als Vertragspartner der Vereinbarung über das jeweils zu bereinigende Budget. Zur Lösung möglicher Konflikte wird klargestellt, dass die Schiedsämter nach § 89 SGB V bei Nichteinigung zu entscheiden haben.

**Zu Absatz 2**

Wenn die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Abs. 2 auch die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln auf eigene Kosten zusagen, müssen die Budgets nach § 84 Abs. 1 um die entsprechenden Minderausgaben verringert werden. Die Verpflichtung zur Bereinigung richtet sich sowohl an die Krankenkassen als auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Vereinbarung über das jeweils zu bereinigende Budget. Zur Lösung möglicher Konflikte wird klargestellt, dass die Schiedsämter nach § 89 SGB V bei Nichteinigung zu entscheiden haben.

**Zu Absatz 3**

Wenn die Vertragspartner der Krankenkassen nach § 140b Abs. 2 SGB V die Arznei- und Heilmittelversorgung nicht in das Versorgungsangebot der integrierten Versorgung übernehmen, sondern die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln entsprechend den Regelungen in der bisherigen vertragsärztlichen Versorgung beibehalten wird, müssen sich die Vertragspartner zwangsläufig an der Ausgleichsverpflichtung nach § 84 Abs. 1 Satz 4 SGB V beteiligen. Da als Ausgleichsmasse keine Gesamtvergütung zur Verfügung steht, bedarf es einer eigenständigen Haftungsregelung.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140g Satz 1 SGB V-E)**

– Bonus in der integrierten Versorgung

Nach der Vorschrift des Gesetzentwurfs kann Versicherten ein Bonus gewährt werden, wenn sie mindestens ein Jahr ausschließlich im Rahmen der Integrationsversorgung tätige und von diesen verordnete oder veranlasste Leistungen in Anspruch nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Diese Vorschrift berücksichtigt nicht hinreichend etwaig notwendig werdende Ausnahmen von der Leistungsanspruchnahme in der integrierten Versorgung (z. B. Notfallbehandlung im Urlaub). Dies kann nicht im Interesse des Ansatzes sein, da ein Bonus hiermit auch kooperativen Versicherten verwehrt würde.

**Zu Artikel 1 Nr. 82 (§ 140h SGB V-E)**

– Transparenz über die Leistungserbringer in der integrierten Versorgung

Die Offenlegungspflichten sollen sicherstellen, dass in der integrierten Versorgung keine sachfremden Interes-

sen dominieren. Zuwendungen sind alle vermögenswerten Vorteile.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 84 (§ 141 SGB V)**

– Sachverständigenrat

Satz 1 und 2 übernehmen die Regelung des bisherigen § 142. Der vom Bundesministerium für Gesundheit berufene Sachverständigenrat erhält nach Satz 3 ff. zusätzliche Gutachteraufgaben mit dem Ziel einer umfassenden Unterrichtung der gesetzgebenden Körperschaften auf wissenschaftlicher Grundlage über die Versorgung insbesondere der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Rat hat kontinuierlich im Abstand von 2 Jahren zu den wesentlichen anstehenden Versorgungsfragen, zum tatsächlichen und erforderlichen Umfang, zum Stand der Qualität und zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung zu nehmen und diese zu bewerten. Insbesondere ist der Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie von Innovationen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu analysieren, bei den Innovationen sind Kosten/Nutzen-Analysen zu berücksichtigen, und es sind auch solche Verfahren aufzuzeigen, die durch den medizinisch-technischen Fortschritt überflüssig werden. Zudem hat er weitere Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven darzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Themen der zu erstellenden Gutachten konkretisieren. Es legt das jeweilige Gutachten unverzüglich den gesetzgebenden Körperschaften vor und kann zu dem Gutachten Stellung nehmen. Die Stellungnahme geht mit in die parlamentarischen Beratungen ein.

Die gesetzgebenden Körperschaften werden auf diesem Wege in die Lage versetzt, die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und darüber hinaus im Gesundheitswesen zu verfolgen, Schwerpunkte und Problemlagen der Versorgung zu erörtern und ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf einzuschätzen.

Der bisher vorgesehene Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen entfällt. Die zeitnahe differenzierte Beitragssatzentwicklung kann der amtlichen Statistik entnommen werden. Zur Umsetzung der Empfehlungen der Konzierten Aktion haben bereits die Beteiligten entsprechend einer Regelung in ihrer Geschäftsordnung zu berichten.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 85 (§ 142 Abs. 1 SGB V-E)**

– Globalbudget

##### **Zu Buchstabe a**

Klarstellung, dass bei der Ermittlung des Globalbudgets nur die Leistungsausgaben und Verwaltungskosten einzubeziehen sind. Insbesondere Zahlungen in den Risikostrukturausgleich werden nicht in das Globalbudget einbezogen, weil deren Berücksichtigung zu einer nicht sachgerechten Erhöhung der Summe der Globalbudgets und zugleich zu Verwertungen zwischen den einzelnen

Kassenbudgets führen würde. Das gleiche gilt für die von Dritten erstatteten Ausgaben, insbesondere bei Krankengeldzahlungen.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Ergänzung konkretisiert die Vorgaben zur Berücksichtigung der Veränderung der Versichertenstruktur. Der bisher in der Begründung aufgeführte Bezug zu den Rechenwerten aus dem Risikostrukturausgleich wird nunmehr in den Gesetzestext aufgenommen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen regeln Einzelheiten zur Bestimmung des Globalbudgets insbesondere zur Anwendung der Rechenwerte aus dem Risikostrukturausgleich und zur Zeitfolge der Berechnungen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 85 (§ 142 Abs. 2 SGB V-E)**

– Globalbudget

##### **Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Konkretisierung des Globalbudgets in § 142 Abs. 1 Satz 1.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Anpassung der Berechnungsgrundlage für das Globalbudget als Obergrenze für die Ausgaben der einzelnen Krankenkassen im Jahr 2000 ist vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden günstigeren Einnahmentwicklung der Krankenkassen angezeigt. Sie berücksichtigt anstelle der im Gesetzentwurf vorgesehenen Veränderungsrate des 1. Halbjahres 1999 mit einem Zuwachs von 1,60 v.H. die Veränderungsrate des isolierten 2. Quartals 1999 mit einem Zuwachs von 1,86 v.H. Außerdem werden die zu erwartenden auf ein gesamtes Jahr hochgerechneten Mehreinnahmen für ausschließlich geringfügig Beschäftigte zusätzlich berücksichtigt, was einem weiteren Einnahmezuwachs von rd. 0,7 v.H. entspricht. In der Summe ergibt sich daraus ein einmaliger Erhöhungsfaktor von 2,6 v.H.

##### **Zu Buchstabe c**

Folgeänderung zu Buchstabe b.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 85 (§ 142 Abs. 3 SGB V-E)**

– Globalbudget

##### **Zu Buchstabe a**

Es wird klargestellt, dass nicht nur vertraglich abgesicherte, sondern auch bereits tatsächlich erfolgte Einsparungen, insbesondere in nicht vertraglich geregelten Leistungsbereichen (z. B. beim Krankengeld), zu einer Überschreitung der Veränderungsrate in anderen Leistungsbereichen führen können.

Darüber hinaus wird durch die Änderung sichergestellt, dass Einsparungen in einem Bereich – dem Ziel der Flexibilisierung der Sektoren entsprechend – zur gezielten Finanzierung der im Gesetzestext genannten Maßnahmen in anderen Bereichen einzusetzen sind. Zu diesen Maßnahmen zählen auch Investitionen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Diese Vorgaben haben auch die Schiedsstellen und -ämter in den sektoralen Bereichen zu beachten.

**Zu Buchstabe b**

Die Berücksichtigung der Veränderung der Zahl und Struktur der Versicherten bei der Entwicklung des Globalbudgets wird im Zeitverlauf an Bedeutung zunehmen. Insofern ist es erforderlich, dass auch die Schiedsämter und -stellen diese Entwicklung ihren Entscheidungen zu Grunde legen.

**Zu Artikel 1 Nr. 85 (§ 142 Abs. 6 SGB V-E)**

– Globalbudget

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 142 Abs.1 Satz 4 und 5.

**Zu Artikel 1 Nr. 87a (§ 193 Abs. 2 SGB V – neu –)**

– Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehr- oder Zivildienst

Nach geltendem Recht wird eine Mitgliedschaft von Versicherungspflichtigen durch den Wehrdienst nicht berührt. Bei den Krankenkassen bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob eine bestehende Mitgliedschaft auch dann anzunehmen ist, 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 Wochenende, ein Feiertag oder ein um einen Feiertag verlängertes Wochenende liegt.

Die Neuregelung schafft Rechtssicherheit und stellt klar, dass in diesen Fällen die Mitgliedschaft fortbesteht.

Dies ist sachgerecht. Der Versicherte kann infolge des Beginns des Wehrdienstes die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erneut erfüllen, weil er beispielsweise anstelle des unmittelbar vor dem Wehrdienst endenden Beschäftigungsverhältnisses kein neues Beschäftigungsverhältnis begründen kann.

Außerdem hätten anderenfalls die Betroffenen sich ab dem vor dem Beginn der Wehrpflicht liegenden Wochenende oder ab dem davor liegenden gesetzlichen Feiertag freiwillig weiterversichern müssen. Hiervon wurde, nicht zuletzt wegen des nachrangigen Leistungsanspruchs gemäß § 19 Abs. 2 SGB V und der ab dem Beginn der Wehrpflicht einsetzenden freien Heilfürsorge, vielfach kein Gebrauch gemacht. Dies führte dazu, dass Wehrpflichtigen, die nach Ablauf der Dreimonatsfrist für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung aus dem Wehrdienst ausschieden und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung erfüllten, der freiwillige Beitritt wegen Fristablaufs verweigert wurde. Durch die Neuregelung wird sichergestellt, dass die Dreimonatsfrist ab dem Ausscheiden aus der Wehrpflicht beginnt.

**Zu Artikel 1 Nr. 91 (§§ 219a ff SGB V)**

– Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

**Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa****Zu aaa**

Rechtstechnische Änderung.

**Zu bbb**

Da Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen nicht nur zur Durchführung von Abkommen, sondern auch im Zusammenhang mit den EG-weit geltenden Verordnungen über soziale Sicherheit geschlossen werden, ist die bisherige Einschränkung aufzuheben.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

§ 31 Abs. 3 SGB IV, der vorsieht, dass vertretungsberechtigte Organe der Versicherungsträger die Eigenschaft einer Behörde haben und das Dienstsiegel des Versicherungsträgers führen, muss auch für die Verbindungsstelle entsprechend gelten.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

§ 194 Abs. 1 Nr. 10 SGB V, der vorgibt, dass die Satzungen der Krankenkassen Bestimmungen über die Zusammensetzung und den Sitz der Widerspruchsstelle enthalten, muss auch für die Verbindungsstelle entsprechend gelten.

**Zu Buchstabe b**

Anpassung an die unterschiedliche Organisationsstruktur der Spitzenverbände der Krankenkassen.

**Zu Buchstabe c**

Anpassung an die übliche Berechnungsmethode (Mitgliederbezug) innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Zu Artikel 1 Nr. 94 (§ 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E)**

– Vermeidung von Doppelbeiträgen aus der Rente

Die Änderung stellt sicher, dass nur solche Rentenleistungen bei der Beitragsbemessung für Übergangsgelder abgesetzt werden, die auf die Höhe des Übergangsgeldes angerechnet werden. Die bisherige Fassung im Entwurf hätte auch die Anrechnung von Rentenleistungen zur Folge gehabt, die bei der Berechnung des Übergangsgeldes nicht berücksichtigt werden. Dies hätte zu nicht gerechtfertigten Beitragsausfällen für die Krankenversicherung geführt.

**Zu Artikel 1 Nr. 95 (§ 240 Abs. 4a SGB V-E)**

– Erweiterung der Anwartschaftsversicherung

Die Neuregelung trägt einem praktischen Bedürfnis, das auch durch die verstärkte Auslandsverwendung deutscher Zeitsoldaten oder Berufssoldaten verstärkt an Bedeutung gewonnen hat, Rechnung und berücksichtigt auch die Belange von Kindern.

**Zu Artikel 1 Nr. 98 (§ 257 SGB V-E)**

– Klarstellungen zum Standardtarif

**Zu Buchstabe a**

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur Rentner, sondern auch Versorgungsempfänger unter den hier genannten Voraussetzungen den Standardtarif vor Vollendung des 55. Lebensjahres in Anspruch nehmen

können, wenn das Gesamteinkommen die in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Einkommensgrenzen nicht übersteigt. Gleichzeitig wird nicht mehr – wie noch im Regierungsentwurf – nur auf die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern abgestellt, so dass auch z.B. Bezieher von Unfallruhegehalt (§ 36 Beamtenversorgungsgesetz), Witwengeld (§ 19 Beamtenversorgungsgesetz) und Berufssoldaten (§ 15 Soldatenversorgungsgesetz) eine Zugangsmöglichkeit zum Standardtarif erhalten. Auch Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers in der GKV familienversichert wären, erhalten eine Zugangsberechtigung.

#### **Zu Buchstabe b**

Es wird klargestellt, dass auch Angehörige, die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind, Zugang zum Standardtarif erhalten.

#### **Zu Buchstabe c**

Die Änderung erweitert die bisher nur für Schwerbehinderte vorgesehene Zugangsmöglichkeit zum Standardtarif auch auf Personen, die aus anderen Gründen in der privaten Krankenversicherung nicht oder nur gegen Risikozuschläge versichert werden könnten.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 100 (§ 265a SGB V-E)**

– Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen – kassenarteninterne Finanzhilfen

Die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit, die Mitglieder eines Spitzenverbandes zu Finanzhilfen per qualifiziertem Mehrheitsbeschluss zu verpflichten, wird in Anbetracht der damit verbundenen Akzeptanzprobleme für nicht erforderlich angesehen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 103 (§ 275)**

Zu Buchstabe a bis Buchstabe f

Die im Entwurf in Absatz 2 geregelten Prüfungen im Einzelfall werden zur Klarstellung in drei Absätze aufgeteilt. Absatz 2 enthält die Fälle, in denen der Medizinische Dienst beauftragt wird. Eine Ergänzung betrifft die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in der zahnmedizinischen Versorgung. Es wird klargestellt, dass in der zahnärztlichen Versorgung eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Entscheidung einer Krankenkasse zugrundegelegt werden kann, auch wenn ein vertragliches Gutachterverfahren vereinbart wurde. Diese Klarstellung ist erforderlich, da z.B. das Landessozialgericht Bayern und das Sozialgericht Niedersachsen die Frage des Verhältnisses zwischen einem Gutachterverfahren auf der Grundlage des Bundesmantelvertrages und der Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes auf der Grundlage von § 275 SGB V aufgeworfen haben und eine gesetzliche Konkurrenz zwischen beiden Vorschriften gesehen haben. Es soll klargestellt werden, dass die Krankenkasse eine Wahlmöglichkeit zwischen dem vertraglich vereinbarten Gutachterverfahren und der Einschaltung des Medizinischen Dienstes hat.

Absatz 3 enthält den Text des Entwurfes, Absatz 4 regelt die Befugnis, Richtlinien für die Einzelfallbegutachtung zu beschließen.

Absätze 5, 6 und 7 entsprechen dem Gesetzentwurf.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 104 (§ 275a)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die für die Fehlbelegungsprüfung gespeicherten Daten müssen so lange aufgehoben werden, bis die Erkenntnisse aus den Prüfungen abschließend ausgewertet werden konnten, z.B. in Budgetverhandlungen oder in Verfahren vor dem Schiedsamt. Sie sind dann zu löschen. Die Regelung entspricht den Regelungen im Bundesdatenschutzgesetz.

##### **Zu Buchstabe b und Buchstabe c**

Auch in den Fällen der Prüfung von Krankenhausleistungen oder der Qualität sind die gespeicherten Daten solange aufzuheben bis die Erkenntnisse aus den Prüfungen abschließend ausgewertet werden konnten.

##### **Zu Buchstabe d**

Klarstellung: Die Medizinischen Dienste sollen ihre Erkenntnisse über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht versichertenbezogen an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln, der diese Ergebnisse zusammenfasst und mit einer Bewertung an die Spitzenverbände der Krankenkassen weiterleitet.

##### **Zu Buchstabe e**

Die der Auswertung der Medizinischen Dienste zugrundeliegenden Daten sind zu löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 105 (§ 276)**

Redaktionelle Änderung.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 105a) dd (§ 276)**

Eine Verlängerung der Aufbewahrungsfristen auf zehn Jahre soll nur dann zulässig sein, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für absehbar akute Erkrankungen bleibt die Lösungsfrist von fünf Jahren bestehen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 108 (§ 282)**

##### **Zu Buchstabe a**

zu Nr. 3: Klarstellung, dass für die allgemeine Beratung der Krankenkassen die Richtlinien Grundsätze für eine einheitliche Begutachtung und Beratung und nicht die Einzelheiten der Durchführung beinhalten sollen

zu Nr. 4: Klarstellung, dass für die Beratung im Einzelfall im Interesse einer einheitlichen Begutachtung auch die Auswahl der Begutachtungsfälle durch Richtlinien geregelt werden soll.



**Zu Buchstabe b**

Klarstellung, dass die Richtlinien die interne Qualifizierung der Gutachter regeln sollen. (Fort- und Weiterbildung fällt in die Zuständigkeit der Ärztekammern.)

**Zu Artikel 1 Nr. 109 (§ 284)****Zu Buchstabe a**

- aa) Die Regelung stellt sicher, dass die Daten für eine Beratung nur in Rahmen der Beratungsfelder nach § 305 Abs. 3 erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen.
- bb) Für die vertragsärztliche Versorgung gibt es gesonderte Vorschriften über die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Diese Vorschriften bleiben unberührt.

**Zu Buchstabe b**

- aa) Klarstellung, dass die versichertenbezogene Zusammenführung von Daten für die jeweils bezeichneten Zwecke zulässig ist.
- bb) Klarstellung, dass die versichertenbezogenen Daten nur den Personen zugänglich gemacht werden darf, die sie für die im Gesetz ausdrücklich normierten Zwecke benötigen.
- cc) Einschränkung, dass die erhobenen Sozialdaten nur für Zwecke des Sozialgesetzbuches verarbeitet und genutzt werden dürfen.

**Zu Buchstabe c**

Wenn die Krankenkassen zur Gewinnung von Mitgliedern aus allgemein zugänglichen Quellen Name und Anschrift von Personen erheben, muss es ihnen möglich sein, diese Namen mit ihrem Versichertenbestand zu vergleichen, um Werbemaßnahmen bei den eigenen Mitgliedern zu verhindern.

**Zu Buchstabe d**

Hiermit sollen Regelungen eingeführt werden, die nur einer Geschäftsstelle einer Krankenkasse den Zugriff auf die medizinischen Daten ihrer Versicherten ermöglichen. Alle anderen Geschäftsstellen einer Kassenart erhalten nur Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversichertennummer des Versicherten. Ein Zugriff auf die medizinischen Daten außerhalb der zuständigen Geschäftsstelle ist nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten zulässig. Die Regelung entspricht einer seit langem erhobenen Forderung der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder. Kassenspezifische Organisationsstrukturen (insbesondere Aufgabenzentralisierungen) können bei der grundsätzlichen Bestimmung zuständiger Geschäftsstellen nach Satz 2 durch die Krankenkassen angemessen berücksichtigt werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 110 (§ 285)**

– Datenverwendung

Notwendige redaktionelle Änderung, um die Vorschriften des 10. Kapitels ebenso wie auf Ärzte auch auf Psychotherapeuten anwenden zu können.

**Zu Artikel 1 Nr. 110a – neu – (§ 290 SGB V-E)**

– Krankenversichertennummer

Im Zusammenhang mit den Regelungen zur Pseudonymisierung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 294 und der Aufbereitung dieser Daten nach § 303a können Vorgaben zur Ausgestaltung und zur Struktur der Versichertennummer erforderlich bzw. zweckdienlich sein.

**Zu Artikel 1 Nr. 112 (§ 293 SGB V-E)**

– Kennzeichen für Leistungserbringer

**Zu Buchstabe a**

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass auch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Datenaustausches das Institutionskennzeichen als bundeseinheitliches Kennzeichen, das für einen sicheren Datentransport (Kryptographie) unverzichtbar ist, zu verwenden haben.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Klarstellung.

**Zu Buchstabe d**

Es wird klargestellt, dass die weiteren Anbieter von Arzneimitteln nicht im Apothekenverzeichnis enthalten sind, das von der maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln ist. Die weiteren Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen selbst auskunftspflichtig (§ 293 Abs. 5 Satz 6). Ferner wird klargestellt, dass die Pflege und Übermittlung eines Apothekenverzeichnisses Bestandteil einer ordnungsgemäßen Arzneimittelabrechnung ist und den Spitzenverbänden der Krankenkassen deshalb unentgeltlich zur Verfügung zu stellen ist.

**Zu Artikel 1 Nr. 113 (§ 294 SGB V-E)**

– Datenannahmestellen der Spitzenverbände

**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zu den Änderungen nach Buchstabe c): Verpflichtung der Leistungserbringer zur Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach den §§ 295 ff. an die Datenannahmestellen.

**Zu Buchstabe c****Zu Absatz 2**

Die Regelung sieht vor, dass grundsätzlich alle Abrechnungs- und Leistungsdaten nach den §§ 295, 300, 301, 301a, 302 an die Datenannahmestellen zu übermitteln und dort zu pseudonymisieren sind. Durch geeignete Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Aufgaben der Datenannahmestellen organisatorisch und räumlich getrennt von den Krankenkassen und ihren Verbänden wahrgenommen werden; eine personelle Trennung ist insbesondere dann gegeben, wenn die mit diesen Auf-

gaben betrauten Mitarbeiter keine anderweitigen Aufgaben der Krankenkassen oder der Verbände wahrnehmen. Desweiteren wird klargestellt, dass gewerbliche Dienstleistungsunternehmen nicht mit der Datenannahme beauftragt werden dürfen. Die Datenannahme und die Pseudonymisierung müssen im Rahmen des Verantwortungsbereichs des Spitzenverbandes der Krankenkassen, der die jeweilige Datenannahmestelle gebildet hat, erfolgen. Hinsichtlich der nicht die Datenannahme und die Pseudonymisierung betreffenden Aufgaben der Datenannahmestellen bleibt § 80 SGB X unberührt, d.h. dass insbesondere die Abrechnungsprüfungen nach Absatz 3 als Datenverarbeitung im Auftrag durchgeführt werden können. Die Dauer der Speicherung der Abrechnungs- und Leistungsdaten in den Datenannahmestellen wird auf den Zeitraum der Erfüllung ihre operativen Aufgaben begrenzt. Ferner wird durch die Vorgabe einer Obergrenze für die Zahl der Versicherten, für die Abrechnungs- und Leistungsdaten bei einer Datenannahmestelle angenommen und geprüft werden, die Konzentration versichertenbezogener Daten begrenzt.

Im Hinblick auf die zusätzlichen Aufgaben, die den Datenannahmestellen übertragen werden, wird die den Spitzenverbänden der Krankenkassen gesetzte Frist zur Bildung der Datenannahmestellen bis zum 31.12. 2000 verlängert.

#### **Zu Absatz 3**

Der Inhalt der Regelungen des Gesetzentwurfs in Absatz 3 Sätze 1 und 2 wird übernommen. Es wird klargestellt, dass die Datenannahmestellen die Leistungspflicht nur hinsichtlich der Zuständigkeit der jeweiligen Krankenkasse prüfen.

#### **Zu Absatz 4**

Die Regelung sieht vor, dass – wie bei der Datenübermittlung an die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 – die Datenannahmestellen auch den Krankenkassen die Abrechnungs- und Leistungsdaten in pseudonymisierter Form übermitteln. Entsprechend der im Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes und anderer Gesetze (§ 3 Abs. 6a BDSG sowie § 67 Abs. 8a SGB X) verwendeten Definition ist Pseudonymisierung „das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren“. Auf diese Weise wird erreicht, dass bei den Krankenkassen versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten nicht unter dem Namen des Versicherten bzw. der Versichertennummer, sondern unter einem Pseudonym gespeichert werden. Das von den Datenannahmestellen anzuwendende Verfahren der Pseudonymisierung wird vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestimmt. Dieses Verfahren bezieht sich grundsätzlich auf die Abrechnungsdaten aller Leistungserbringer; d.h., auch die bisher unverschlüsselt gespeicherten versichertenbezogenen Daten, z.B. die Abrechnungsdaten für Krankenhausbehandlungen, werden pseudonymisiert gespeichert. Die Identifikation der Person des Versicherten ist nur in den in Absatz 6 ausdrücklich geregelt-

ten Ausnahmefällen zulässig. Der Schutz der bei den Krankenkassen gespeicherten versichertenbezogenen Daten wird dadurch grundlegend verbessert.

Zugleich werden damit für die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1 die Voraussetzungen geschaffen, um die Daten jeweils eines Behandlungsfalles leistungsbereichs- und periodenübergreifend – ohne Identifikation der Person des Versicherten – zusammenzuführen. Solche Datengrundlagen zum gesamten Leistungsspektrum eines Behandlungsablaufs sind bisher nicht verfügbar; sie sind jedoch eine essentielle Voraussetzung für individuelle Maßnahmen und generelle Regelungen zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung, z.B. für Maßnahmen im Bereich „Managed Care“ oder „Disease Management“, für die Erfüllung von Steuerungsaufgaben der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, für politische Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und für die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung.

#### **Zu Absatz 5**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen erhalten die Aufgabe, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in den Ausnahmetatbeständen nach Absatz 6 eine Reidentifikation der Versicherten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben durchgeführt werden kann. Die Reidentifikation darf ausschließlich in Stellen erfolgen, die räumlich und organisatorisch von der Datenannahme getrennt sind.

#### **Zu Absatz 6**

Es wird geregelt, in welchen Fällen der Krankenkasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben eine Reidentifikation eines Versicherten ermöglicht wird. Grundsätzlich besteht ein Verbot der Reidentifikation sowie einer zweckfremden Nutzung des Versichertenbezugs; dieses Verbot ist nach § 85 SGB X strafbewehrt.

Die Regelung in Nummer 1 betrifft insbesondere Einzelfälle der Prüfung und Erbringung von Geldleistungen (Auszahlung von Krankengeld u.a.), Einzelfälle der Durchsetzung von Ansprüchen der Krankenkassen gegenüber den Versicherten (z.B. die Einziehung von Zahlungen), Einzelfälle der Leistungserbringung vorausgehenden Genehmigungsverfahren (z.B. Kostenübernahmeerklärung bei Krankenhausbehandlung, Anwendung einer Härtefallregelung, Genehmigung einer psychotherapeutischen Behandlung, Gewährung von Hilfsmitteln und häuslicher Krankenpflege) und die damit verbundenen Abrechnungen der Leistungserbringer.

Die Fälle nach Nummer 2 umfassen insbesondere Erstattungsverfahren mit der Unfallversicherung bei Berufskrankheiten und anderen Leistungsträgern (z.B. §§ 91, 102 SGB X) sowie Ersatzverfahren mit Dritten bei Unfallschäden (z.B. § 116 SGB X).

In den Fällen nach Nummer 3 kann die Reidentifikation des Versicherten ermöglicht werden, wenn z.B. in einem auf einen Leistungserbringer bezogenen Prüfungs-

verfahren patientenbezogene Behandlungsunterlagen vorzulegen sind.

Nach Nummer 4 kann eine Reidentifikation des Versicherten durch die Krankenkasse für Zwecke der Einzelfallberatung nach § 305 Abs. 3 zulässig sein; dazu gehören auch Maßnahmen im Bereich „Managed Care“ oder „Disease Management.“

Nach Nummer 5 ist die Reidentifikation des Versicherten in Fällen erlaubt, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach den §§ 275 ff. eingeschaltet wird (z. B. bei Rehabilitationsmaßnahmen).

Nach Nummer 6 kann eine Reidentifikation des Versicherten insbesondere dann erfolgen, wenn Verdacht auf mißbräuchliche oder betrügerische Leistungsanspruchnahme oder -abrechnung besteht.

Nach Nummer 7 ist eine Reidentifikation des Versicherten zulässig, soweit dies in Einzelfällen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich ist, z. B. bei einer rückwirkenden Statusänderung des Versicherten (Anerkennung als Erwerbsunfähigkeitsrentner).

Die Regelung in Nummer 8 stellt klar, dass eine Reidentifikation zulässig ist, wenn sie zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse in einem den Versicherten betreffenden Rechtsstreit oder Rechtsbehelfsverfahren erforderlich ist.

Zusätzlich zu den genannten Ausnahmetatbeständen ist der Krankenkasse die Zusammenführung der Leistungsdaten mit dem Namen bzw. der Versichertennummer des Versicherten erlaubt, soweit dafür das Einverständnis des Versicherten ausdrücklich erklärt wird oder mit einem von ihm geäußerten Anliegen implizit verbunden ist, z. B. bei einem Antrag auf Auskunftserteilung nach § 305 Abs. 1 oder auf Unterstützung bei Behandlungsfehlern.

#### **Zu Absatz 7**

Dieser Absatz übernimmt inhaltlich die im Gesetzentwurf (Absatz 4) enthaltenen Regelungen hinsichtlich der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu bestimmenden Vorgaben zu den Datenstrukturen und zum Verfahren der Datenübermittlung (Standards, Datenformate, Schnittstellen u. a.). Die die Arbeitsgemeinschaft nach § 303a Abs. 3 betreffenden Vorgaben werden aus systematischen Gründen in die Regelungen des § 303a eingebracht.

#### **Zu Absatz 8**

Durch die Rechtsverordnungskompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit soll ermöglicht werden, dass die für die Funktionsfähigkeit der in § 294 Abs. 2 bis 5 bestimmten Verfahren der Datenverarbeitung und -übermittlung und für den Datenschutz notwendigen Regelungen ggf. durch Rechtsverordnung getroffen werden.

Inhalt und Struktur des pseudonymisierten Datensatzes können durch die Rechtsverordnung konkretisiert werden, insbesondere um die Auswertung der Daten nach

§ 303a Abs. 2 zu erleichtern und um die Durchführbarkeit des Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 267 zu gewährleisten.

Die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die Datenannahmestellen bei Nichteinhaltung der gesetzten Frist durch Rechtsverordnung zu bilden, ist im Gesetzentwurf in § 303b Abs. 1 enthalten und wird aus systematischen Gründen in den § 294 übernommen.

Durch das Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit hinsichtlich der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu beschließenden Richtlinien nach Absatz 7 soll sichergestellt werden, dass die Richtlinien den Zielsetzungen der gesetzlichen Regelungen entsprechen und zeitgerecht zustande kommen. Die Regelung ersetzt die im Gesetzentwurf in § 303b Abs. 2 enthaltene Regelung.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 115 (§ 295 SGB V-E)**

– Abrechnung ärztlicher Leistungen

#### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung der Regelung in § 294. Die Regelung sieht vor, dass grundsätzlich alle Abrechnungs- und Leistungsdaten nach den §§ 295, 300, 301, 301a, 302 an die Datenannahmestellen zu übermitteln und dort zu pseudonymisieren sind.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Es wird klargestellt, dass nicht nur die vierstelligen sondern ggf. auch fünfstelligen Schlüsselnummern der Internationalen Klassifikation der Krankheiten für Abrechnungszwecke zu verwenden sind. Das wird durch Streichung der Wörter „dem vierstelligen Schlüssel“ erreicht; des 2. Halbsatzes bedarf es dann nicht. Verbindlich ist die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Fassung des Diagnoseschlüssels.

##### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Der Verweis auf die „Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin“ soll entfallen, um die Weiterentwicklung des Schlüssels ggf. auch auf einer anderen Grundlage zu ermöglichen. Verbindlich ist in jedem Fall der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Schlüssel.

##### **Zu Doppelbuchstabe dd**

Die im Gesetzentwurf in § 303b Absatz 4 enthaltene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Bekanntgabe der jeweiligen Fassung der Schlüssel wird aus systematischen Gründen in § 295 Abs. 1 eingebracht.

#### **Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zur Einführung der Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2.

**Zu Buchstabe c**

- zu Absatz 2a:  
Folgeänderung zur Einführung der Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2.
- zu Absatz 3:  
zu Nummer 4: Folgeänderung zur Einführung der Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2.  
zu Nummer 5: Folgeänderung zu Nr. 123 (§ 303a). Die Daten werden durch die Arbeitsgemeinschaften nach § 303a aufbereitet und übermittelt; die Regelung ist deshalb obsolet.

**Zu Buchstabe d**

Redaktionelle Anpassung.

**Zu Artikel 1 Nr. 116 (§ 296 SGB V-E)**

– Auffälligkeitsprüfungen

Folgeänderung der Änderung im Zusammenhang mit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1, die die für die Auffälligkeitsprüfungen erforderlichen Daten aufbereiten und den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Prüfungsausschüssen zu übermitteln haben (vgl. § 303a Abs. 2). Die Regelungen des § 296 hatten den Zweck, die Aufbereitung und den Austausch von Abrechnungs- und Leistungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zu bestimmen.

**Zu Artikel 1 Nr. 117 (§ 297 SGB V-E)**

– Zufälligkeitsprüfungen

Folgeänderung der Änderung im Zusammenhang mit der Bildung von Arbeitsgemeinschaften nach § 303a Abs. 1, die die für die Zufälligkeitsprüfungen erforderlichen Daten aufbereiten und den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Prüfungsausschüssen zu übermitteln haben (vgl. § 303a Abs. 2). Die Regelungen des § 297 hatten den Zweck, die Aufbereitung und den Austausch von Abrechnungs- und Leistungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen zu bestimmen.

**Zu Artikel 1 Nr. 119 (§ 300 SGB V-E)**

– Arzneimittelabrechnung

**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung wurde aus Gesetzentwurf unverändert übernommen.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Folgeänderung der Änderung im Zusammenhang mit der Übermittlung sämtlicher Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zum Zwecke der Pseudonymisierung.

**Zu Buchstabe b**

Mit dieser Regelung wird den Rechenzentren die Verarbeitung und Nutzung anonymisierter Abrechnungsdaten erlaubt, z. B. für berufspolitische Zwecke der Apotheker. Eine versicherten- oder arztbezogene Auswertung der Daten bleibt ausgeschlossen.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung der Änderung im Zusammenhang mit der Übermittlung sämtlicher Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zum Zwecke der Pseudonymisierung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Regelung wurde aus Gesetzentwurf unverändert übernommen.

**Zu Buchstabe d**

Nach der bisherigen Regelung konnte der Inhalt der Vereinbarung nach Absatz 3 durch die Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 festgesetzt werden. Aufgrund der nunmehr vorgesehenen Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 303 Abs. 2, mit der der Inhalt der Vereinbarung bestimmt werden kann, ist diese Regelung obsolet.

**Zu Artikel 1 Nr. 120 (§ 301 SGB V-E)**

– Abrechnung stationärer Leistungen

**Zu Buchstabe a**

Es soll klargestellt werden, dass die Internationale Klassifikation der Krankheiten auch fünfstellige Schlüsselnummern enthält und diese auch für Abrechnungszwecke zu verwenden sind. Das kann durch Streichung des Wortes Vierstelligen erreicht werden, des 2. Halbsatzes bedarf es dann nicht. Verbindlich ist die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Fassung der Klassifikation.

**Zu Buchstabe b**

Der Verweis auf die „Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin“ soll entfallen, um die Weiterentwicklung des Schlüssels ggf. auch auf einer anderen Grundlage zu ermöglichen. Verbindlich ist in jedem Fall der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Schlüssel.

**Zu Artikel 1 Nr. 120a – neu – (§ 301a SGB V-E)**

– Hebammen und Entbindungspfleger

Folgeänderung der Änderung im Zusammenhang mit der Übermittlung sämtlicher Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 zum Zwecke der Pseudonymisierung.

**Zu Artikel 1 Nr. 121 (§ 302 SGB V-E)**

– Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung stellt klar, dass im Hinblick auf das Verfahren der Pseudonymisierung in den Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 die Abrechnungsunterlagen elektronisch verwertbar sein müssen. Dies ist auch im Zusammenhang mit einer zeitnahen Bereitstellung der Verordnungsdaten für Steuerungszwecke (z.B. Frühinformationen zur Entwicklung der Heilmittelausgaben) erforderlich.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe b**

Mit dieser Regelung wird den Rechenzentren die Verarbeitung und Nutzung anonymisierter Abrechnungsdaten erlaubt, z. B. für berufspolitische Zwecke der Leistungserbringer. Eine versicherten- oder arztbezogene Auswertung der Daten bleibt ausgeschlossen.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe a.

**Zu Artikel 1 Nr. 122 (§ 303 SGB V-E)**

– Ergänzende Regelungen

Die im Gesetzentwurf in § 303b Abs. 5 enthaltene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen wird aus systematischen Gründen in die ergänzenden Regelungen zum zweiten Abschnitt des 10. Kapitels eingebracht. Ergänzend wird, insbesondere unter datenschutzrechtlichen Aspekten, die Vorlage der Vereinbarungen und Richtlinien beim Bundesministerium für Gesundheit vorgeesehen.

**Zu Artikel 1 Nr. 123 (§§ 303a und 303b SGB V-E)**

– Arbeitsgemeinschaften zur Datenaufbereitung

Die Regelungen des Gesetzentwurfs zu § 303a werden inhaltlich mit folgenden Änderungen übernommen:

**Zu Absatz 1**

Analog zur Verlängerung der Frist für die Bildung der Datenannahmestellen (vgl. Änderung zu § 294 Abs. 2) wird auch die Frist für die Bildung der Arbeitsgemeinschaften bis zum 31. Dezember 2000 verlängert.

**Zu den Absätzen 2 und 3**

- Die von den Arbeitsgemeinschaften aufbereiteten Daten werden auch den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenhausgesellschaften übermittelt, soweit diese sie zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Steuerungsaufgaben benötigen.

- Es wird klargestellt, dass die Arbeitsgemeinschaften die für die Prüfung erforderlichen Daten auch an die nach § 113 bestellten Prüfer übermitteln.

- Die Arbeitsgemeinschaften werden verpflichtet, die für Zwecke der Information und Beratung der Vertragsärzte nach § 305a aufbereiteten Daten unverzüglich den mit der Erfüllung dieser Aufgaben beauftragten Institutionen zu übermitteln, damit diese ihre Aufgaben ohne Zeitverzug erfüllen können. Insbesondere die Daten über die von den Vertragsärzten verordneten Leistungen, z.B. Arzneimittel, sollen als sog. „Frühinformation“ arztbezogen schnellstmöglich zur Verfügung stehen. Die „Frühinformation“ dient insbesondere der Information der Ärzte über die von ihnen verursachten Verordnungskosten im Hinblick auf die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel nach § 106 Abs. 5 und die mit deren Überschreitung verbundenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

- Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden beauftragt, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft jeweils das Nähere zu Inhalt und Umfang der von den Arbeitsgemeinschaften an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausgesellschaften zu übermittelnden Daten zu vereinbaren.

**Zu Absatz 4**

Redaktionelle Anpassungen.

**Zu Absatz 5**

Die Regelungen in Absatz 5 ersetzen und konkretisieren die entsprechenden im Gesetzentwurf in § 303b enthaltenen Regelungen, die in aus systematischen Gründen in den jeweiligen Regelungszusammenhang integriert werden.

**Zu § 303b**

§ 303b entfällt; die darin enthaltenen Ermächtigungen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen werden aus systematischen Gründen im Zusammenhang mit den Vorschriften, auf die sich die Rechtsordnungskompetenz bezieht, geregelt.

**Zu Artikel 1 Nr. 124a (§ 305 SGB V)**

– Auskünfte an Versicherte

**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe c.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 115 Buchstabe c (§ 295 Abs. 2): Da aufgrund der Änderung in § 295 Abs. 2 den Krankenkassen über die Datenannahmestellen nach § 294 Abs. 2 die Abrechnungsdaten für ärztliche/zahnärztliche Leistungen von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt werden, ist eine Übermittlung dieser Daten für die Auskunftserteilung an Versicherte nicht mehr notwendig.

**Zu Buchstabe c**

Absatz 3 grenzt die Beratung des Versicherten durch die Krankenkassen auf bestimmte Bereiche ein. Die jeweilige Krankenkasse legt einheitlich die Beratungsfelder für ihren Bereich fest. Nach Abschluss des Beratungsverfahrens oder wenn der Versicherte nicht einverstanden ist, sind die hierfür zusammengeführten versichertenbezogenen Leistungsdaten unverzüglich zu löschen.

Absatz 4 legt eine persönliche Schweigepflicht für den Berater fest (analog § 65 SGB VIII).

**Zu Artikel 1 Nr. 125 (§ 305a SGB V)**

– Information der Vertragsärzte

**Zu Buchstabe a**

Die Bezugnahme auf die Richtlinien der Bundesausschüsse wird gestrichen, da damit eine nicht beabsichtigte Einengung der Beratungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden ist: Insbesondere wird die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln nicht nur durch die Richtlinien des Bundesausschusses, sondern auch durch gesetzliche Regelungen und Rechtsverordnungen geregelt.

**Zu Buchstabe b****Zu Doppelbuchstabe aa**

Klarstellung aus datenschutzrechtlichen Gründen.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es wird klargestellt, dass die Beratung der Vertragsärzte auch ohne eine Vereinbarung durchgeführt werden kann.

**Zu Artikel 1 Nr. 126 (§ 306)**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Artikel 1 Nr. 126a (§ 309 SGB V – neu –)**

– Folgeregelungen zur Rechtsangleichung

**Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift regelt, dass ab 2001 die für die alten Länder festgelegten Rechenwerte in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich im ganzen Bundesgebiet gelten. Eine Trennung zwischen den alten und den neuen Ländern besteht dann insoweit nicht mehr.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 311 Abs. 1 Buchstabe c SGB V (Artikel 1 Nr. 128 Buchstabe a).

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 21a).

**Zu Artikel 1 Nr. 128 (§ 311)**

Die Ergänzung in Buchstabe aa gibt den Einrichtungen die Möglichkeit, auch in übersorgten Gebieten frei

werdende Arztstellen nach zu besetzen. Dies entspricht der Regelung im vertragsärztlichen Bereich (§ 103 Abs. SGB V).

Buchstabe bb gewährleistet den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V die gleichen Rechte wie Vertragsärzten nach § 24 Abs. 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund gerechtfertigt, dass diese Einrichtungen teilweise in ehemaligen Industriegebieten liegen und damit eine wohnortnahe ambulante Versorgung der Bevölkerung nicht möglich ist. Diese Flexibilität ist auch deshalb nötig, damit die Einrichtungen von der gesetzlich neu eingeräumten Option in § 311 Abs. 2 Satz 8 SGB V, sich entsprechend dem Bedarf weiterzuentwickeln, tatsächlich Gebrauch machen können.

**Zu Artikel 1 Nr. 128a (§ 312 SGB V – neu –)**

– Kassenwahlrecht für Beschäftigte in den neuen Ländern

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 311 Abs. 1 Buchstabe c SGB V (Artikel 1 Nr. 128 Buchstabe a). Eine Übergangsregelung ist nicht erforderlich, da Personen, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung in den neuen Ländern ausüben, seit dem 1. Januar 1996 die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse in den alten Ländern nach § 173 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wählen können.

**Zu Artikel 1 Nr. 128b – neu – (§ 313 SGB V)**

– Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Zweiten Titels des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 268 ff. SGB V) sowie um eine Folgeänderung zur vollständigen Aufhebung der Rechtskreistrennung im Risikostrukturausgleich vom 1. Januar 2005 an.

**Zu Artikel 1 Nr. 129 (§ 313a SGB V)**

– Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs

**Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift ergänzt den 1999 in Kraft getretenen rechtskreisübergreifenden Finanzausgleich und regelt die stufenweise Einführung eines vollständigen rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs. Im Rahmen des Finanzausgleichs werden zwar die unterschiedlichen Niveaus beitragspflichtiger Einnahmen zwischen alten und neuen Ländern ausgeglichen. Die standardisierten Leistungsausgaben, auf deren Grundlage der Beitragsbedarf der einzelnen Krankenkassen berechnet wird, werden jedoch nach Rechtskreisen getrennt ermittelt. Aufgrund des Finanzausgleichs fließt den Krankenkassen in den neuen Ländern im Jahr 1999 der gesetzlich begrenzte Betrag von 1,2 Milliarden DM zu. Nach aktuellen Schätzungen wird das Transfervolumen im Jahr 2000 ca. 1,8 Milliarden DM betragen.

Vom Jahr 2001 an soll nunmehr die getrennte Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und der Verhältniswerte schrittweise abgebaut werden. Hiermit wird ein wesentlicher Beitrag zur Vollendung des Angleichungsprozesses im Gesundheitswesen geleistet. Die für beide Rechtskreise einheitliche Ermittlung dieser Werte hat zur Folge, dass der Beitragsbedarf der Krankenkassen sich nicht mehr aus dem Niveau der Leistungsausgaben der jeweiligen Rechtskreise ergibt, sondern das rechtskreisübergreifende durchschnittliche Niveau zugrunde zu legen ist. Für die Krankenkassen in den neuen Ländern bedeutet das, dass sie im RSA einen höheren Beitragsbedarf als bisher geltend machen können. Umgekehrt reduziert sich der Beitragsbedarf der Krankenkassen in den alten Ländern, da die bundesdurchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben die standardisierten Leistungsausgaben in den alten Ländern derzeit unterschreiten. Dies führt zu den beabsichtigten interregionalen Umverteilungswirkungen des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs. Diese Umverteilungswirkungen sind bisher nur innerhalb der jeweiligen Rechtskreise eingetreten. Künftig wird insoweit nicht mehr zwischen alten und neuen Ländern differenziert.

Der finanzielle Umfang dieser Aufhebung der Rechtskreistrennung im Risikostrukturausgleich lässt sich nur anhand von Schätzung und Modellrechnungen näherungsweise ermitteln. So ist das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in einem für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg erstatteten Gutachten zu dem Ergebnis gekommen, dass die sofortige Einführung eines vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs ab dem 1. Januar 2000 bereits im Jahr 2000 ein Transfervolumen von ca. 5,1 Milliarden DM bewirken würde. Um die hiermit verbundenen erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen in den alten Ländern zu verringern, ist vorgesehen, die unterschiedlichen standardisierten Leistungsausgaben in den alten und neuen Ländern ab dem Jahr 2001 in fünf gleichen Stufen an die bundesdurchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben heranzuführen. Nach einer Modellrechnung des Bundesversicherungsamts löst ein derartiges 5-Stufen-Modell im ersten Jahr einen Finanztransfer von ca. 2,4 Milliarden DM aus, das sind knapp 500 Millionen DM mehr als der geschätzte Transfer im Rahmen des geltenden Finanzkraftausgleichs. Im Jahr 2005, dem ersten Jahr einer vollständigen Angleichung der standardisierten Leistungsausgaben, würde den Krankenkassen in den neuen Ländern insgesamt ein Transferbetrag von ca. 4,05 Milliarden DM zufließen, das sind rund 2,4 Milliarden DM mehr im Vergleich zum geschätzten Transfer im Rahmen des Finanzkraftausgleichs.

#### **Zu Buchstabe b**

In § 142 Abs. 1 Satz 2 SGB V hat der Gesetzgeber die Entwicklung des Ausgabe Volumens der Krankenkassen für Leistungen und Verwaltungskosten an bestimmte Veränderungsrate gebunden. Um zu verhindern, dass diese Vorgaben durch die im Rahmen des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs fließenden Transfermit-

tel unterlaufen werden, wird klargestellt, dass die zusätzlichen Finanzmittel der Krankenkassen in den neuen Ländern den Vergütungsvereinbarungen nur im Rahmen der für die neuen Länder maßgeblichen Veränderungsrate für das Globalbudget (§ 142 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V) zugrunde gelegt werden dürfen. Die Vorgaben des § 142 Abs. 3 SGB V zur Flexibilisierung der Leistungsausgaben zwischen den Sektoren gelten auch hier. Die den Krankenkassen darüber hinaus zur Verfügung stehenden Transfermittel sind für den Abbau von Darlehensverbindlichkeiten, Beitragssatzsenkungen oder die Auffüllung der Betriebsmittel und Rücklagen auf das gesetzlich vorgesehene Maß zu verwenden. Auf diese Weise wird ein wirksamer Beitrag zur Beitragssatzstabilisierung in den neuen Ländern geleistet. Für die Einhaltung dieser klarstellenden Vorgaben haben nach § 142 Abs. 6 und 7 SGB V die dort genannten Beteiligten und deren Aufsichtsbehörden Sorge zu tragen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 130 – neu –**

##### **– Risikostrukturausgleich im Jahr 2000**

Die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Ländern steht vor schwierigen Finanzproblemen, da ein Teil der Krankenkassen sich in erheblichem Maß verschuldet hat. So betrug der Vermögensfehlbestand aller verschuldeten Krankenkassen im Beitrittsgebiet am 31. Dezember 1998 ca. 2,3 Milliarden DM. Nach Abzug vorhandener positiver Betriebsmittel, Rücklagen und Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen verbleibt für die gesamte GKV-Ost eine Nettogesamtverschuldung von ca. 1,6 Milliarden DM. Gleichzeitig lag der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV-Ost mit 13,85 Prozent (Stand: 1. September 1999) um 0,33 Beitragssatzpunkte oberhalb des Beitragssatzes der GKV-West. Bei den besonders hoch verschuldeten Krankenkassen lag der Beitragssatz sogar bei 14,5 Prozent mit der Folge erheblicher Mitgliederverluste vor allem bei den risikogünstigen Versicherten. Diese Situation wird noch dadurch verschärft, dass das Defizit von ca. 350 Millionen DM im ersten Halbjahr 1999 in der zweiten Jahreshälfte voraussichtlich nicht vollständig abgebaut werden kann.

Die aktuelle Verschuldung der Krankenkassen in den neuen Ländern ist auf eine Vielzahl von Ursachen zurückzuführen. So waren insbesondere die Ortskrankenkassen, die für das System der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern wesentliche Aufbauleistungen erbracht haben, erheblichen finanziellen Belastungen ausgesetzt, die andere Krankenkassen nicht in vergleichbarem Maß zu tragen hatten. Hinzu kommt, dass sich als Folge der besonderen, durch den Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung gekennzeichneten Situation eine spezifische Verteilung der Versichertenrisiken zwischen den Krankenkassen ergeben hat, deren finanzielle Folgen durch den seit 1994 durchgeführten Risikostrukturausgleich nicht vollständig ausgeglichen werden.

Das GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG) trägt im Jahr 1999 zwar zu einer Entlastung der Finanzsituation der GKV in den neuen Bundesländern insgesamt bei:

Mit einem in 1999 auf 1,2 Milliarden DM begrenzten Transferbetrag wird das gegenüber den alten Ländern niedrigere Niveau beitragspflichtiger Einnahmen ausgeglichen. Im Jahr 2000 wird der entsprechende Betrag nach aktuellen Schätzungen bei ca. 1,8 Milliarden DM liegen. Diese Mittel verteilen sich jedoch gleichmäßig auf verschuldete und nicht verschuldete Krankenkassen entsprechend des Ziels einer allgemeinen Angleichung der Finanzkraftniveaus in den alten und neuen Ländern.

Die Möglichkeit, die zusätzlichen Mittel aus dem Transfer für einen Schuldenabbau statt für eine Beitragssatzstabilisierung zu verwenden, kann von den betroffenen Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen jedoch nur dann genutzt werden, wenn ihr bisheriges Beitragssatzniveau den entsprechenden Durchschnittssatz der Mitbewerber nicht merklich überschreitet. Bei den hoch verschuldeten Krankenkassen liegt der Beitragssatz jedoch i. d. R. bei 14,5 Prozent und damit bereits deutlich über dem Durchschnitt. Ein weiteres Auseinandertreiben der Beitragssätze birgt die Gefahr weiterer massiver Mitgliederverluste und damit verbunden eine Erhöhung der relativen Schuldenlast. Für diese Krankenkassen bedeutet das GKVFG deshalb keine Entlastung in der Verschuldungssituation.

Das GKV-Finanzstärkungsgesetz stellte aber auch deswegen keine ausreichende Lösung der Finanzprobleme der betroffenen Krankenkassen in den neuen Ländern dar, weil sich die prekäre Finanzlage der ostdeutschen GKV schon sehr viel früher abgezeichnet hat. Bereits 1995 lag der zur Deckung der laufenden Ausgaben rechnerisch erforderliche Beitragssatz der Krankenkassen in den neuen Ländern im Durchschnitt bei knapp 14 Prozent. In dieser Zeit haben Krankenkassen, deren Vermögen aufgebraucht war, begonnen, eine weitere Beitragssatzanhebung durch Schuldenaufnahme zu vermeiden. Diese Situation hat sich in den Jahren 1996, 1997 und 1998 weiter zugespitzt. Insbesondere im Jahr 1998 hat sich die kritische Finanzsituation in den neuen Ländern im Gegensatz zu den alten Ländern deutlich verschärft. Einem Überschuss von ca. 1,86 Milliarden DM in den alten Ländern stand ein Defizit von ca. 0,67 Milliarden DM in den neuen Ländern gegenüber. Der 1999 erstmals aufgrund des GKV-Finanzstärkungsgesetzes durchgeführte Finanztransfer hat wegen der in mehreren Jahren entstandenen Schuldenhöhe den finanziell besonders bedürftigen Krankenkassen nicht wirksam helfen können. Hinzu kommt, dass der Transferbetrag im Jahr 1999 gesetzlich auf 1,2 Milliarden DM begrenzt wurde, obwohl zum Ausgleich der Unterschiede der beitragspflichtigen Einnahmen nach aktuellen Schätzungen ca. 1,6 Milliarden DM erforderlich sein werden.

Die vorliegende Regelung beseitigt diese Defizite, indem den Krankenkassen in den neuen Ländern im Jahr 2000 der Betrag zur Verfügung gestellt wird, der ihnen zugeflossen wäre, wenn das GKV-Finanzstärkungsgesetz bereits am 1. Januar 1998 ohne gesetzliche Begrenzung des Transferbetrags in Kraft getreten wäre. Um eine wirksame Abhilfe für die Verschuldungsproblematik zu schaffen, soll dieser Betrag, der sich auf ca. 1,3 Milliarden DM beläuft, abweichend von den Verteilungskriterien des GKV-Finanzstärkungsgesetzes je-

doch nicht allen Krankenkassen in den neuen Ländern gleichmäßig zur Verfügung gestellt werden. Vielmehr soll dieser Betrag gezielt den Krankenkassen zufließen, bei denen eine Entschuldung aus eigener Kraft nach objektiven Kriterien nicht zu erwarten ist. Entsprechend stellt die vorgesehene Regelung Kriterien für die Anspruchsberechtigung auf, die einen gezielten Einsatz der Finanzmittel sicherstellen.

Das insgesamt bereitgestellte Entschuldungsvolumen ist dabei so bemessen, dass die Krankenkassen noch wesentliche Eigenanstrengungen zur Beseitigung der bei ihnen verbleibenden Restschulden leisten müssen. Die Krankenkassen bleiben damit aufgefordert, ihre laufenden Bestrebungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit fortzusetzen.

#### **Zu Absatz 1**

Das erste Kriterium stellt sicher, dass die Transfers nur den Krankenkassen zufließen, die über einen längeren Zeitraum und nicht nur an einem zufällig gewählten Stichtag verschuldet waren. Als Krankenkassen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 sind auch die Krankenkassen anzusehen, die ihre Zuständigkeit auf die neuen Länder erstreckt haben, soweit sie die Versicherung in diesem Gebiet durchführen. Sind Krankenkassen in dem Zeitraum zwischen 1995 und 1998 vereinigt worden, ist für die Feststellung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 2 und 3 die Summe der für die beteiligten Krankenkassen festgestellten Werte zu Grunde zu legen. Für die Feststellung der Verschuldung ist für die einzelnen Jahre des Zeitraums 1995 bis 1998 der Saldo aus Betriebsmitteln (§ 260 SGB V – Konten 901 und 1901), Rücklagen (§ 261 SGB V – Konto 1902) und den für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen zurückgelegten Geldmitteln (§ 263 Abs. 1 Nr. 2 erste Alternative SGB V – Konto 1904) zu bilden.

Durch das zweite Kriterium soll ausgeschlossen werden, dass Krankenkassen mit einer vergleichsweise geringen Verschuldung, die in der Regel durch verstärkte Eigenanstrengungen der Krankenkasse abgebaut werden kann, anspruchsberechtigt sind. Aus diesem Grund wird ein Schwellenwert von 0,25 Monatsausgaben zum Stichtag 31. Dezember 1998 als Mindestschuldenhöhe festgelegt.

Das dritte Kriterium schreibt vor, dass der durchschnittliche rechnerische Beitragssatz, d.h. der Beitragssatz, den die Krankenkassen zur Deckung ihrer gesamten Ausgaben inklusive der Ausgaben für Schuldzinsen und Tilgungen erheben müssten, im Mittel der Jahre 1995 bis 1998 mit 3 Prozent deutlich über dem Durchschnitt aller Krankenkassen in den neuen Ländern gelegen hat. Dies entspricht einem Abstand von mindestens 0,4 Beitragssatzpunkten zum ausgabenbedeckenden Beitragssatz des Durchschnitts der Krankenkassen. Bei einer derartigen Größenordnung werden weitere Mitgliederabwanderungen erfahrungsgemäß verstärkt. Die Vorgabe stellt sicher, dass die Transfers tatsächlich nur den Krankenkassen zugute kommen, die aufgrund ihres Beitragsabstands zu den konkurrierenden Krankenkassen zu einem Schuldenabbau aus eigener Kraft wettbewerbsfähig nicht in der Lage sind. Zugleich wird verhindert, dass Krankenkassen in den



Genuss der Finanzmittel kommen, deren Verschuldung nur der Stützung eines geringen „Kampfbeitragsatzes“ im Kassenwettbewerb diene.

Das vierte Kriterium stellt einen Bezug zu den Ursachen der Verschuldung her: Anhaltende Mitgliederverluste führen dazu, dass die Zins- und Tilgungslasten (selbst bei gleichbleibendem Schuldenstand) pro Kopf der Mitglieder zunehmen und nur durch einen überproportionalen Anstieg der Beitragssätze gedeckt werden könnten. Eine solche Beitragssatzentwicklung hätte jedoch weitere Mitgliederverluste zur Folge und damit einen erneuten Anstieg der Pro-Kopf Verschuldung (Verschuldungsspirale).

Die Verteilung des Betrags von 1,3 Milliarden DM auf die anspruchsberechtigten Krankenkassen orientiert sich an der Höhe der Schuldenlast und am Bedarf der einzelnen Krankenkasse, ausgedrückt in der Höhe des durchschnittlichen ausgabendeckenden rechnerischen Beitragssatzes der Jahre 1995 bis 1998. Auch dies dient einer Konzentration der zur Verfügung stehenden Mittel auf die am stärksten betroffenen Krankenkassen.

#### **Zu Absatz 2**

Die Regelung stellt sicher, dass dem Bundesversicherungsamt die erforderlichen Daten für die Prüfung der Anspruchsberechtigung der Krankenkassen und die Verteilung des Transferbetrags kurzfristig zur Verfügung stehen. Dies ermöglicht eine zeitnahe Aufteilung des Transferbetrags durch das Bundesversicherungsamt, so dass die Finanzmittel den anspruchsberechtigten Krankenkassen frühzeitig zukommen. Es soll verhindert werden, dass die Aufteilung und Auszahlung der Finanzmittel dadurch erheblich verzögert wird, dass einzelne Krankenkassen ihre Anspruchsberechtigung nicht oder nicht in ausreichender Form nachweisen. Das Bundesversicherungsamt kann daher eine angemessene Frist für den Nachweis der Anspruchs- und Aufteilungsvoraussetzungen setzen mit der Maßgabe, dass Krankenkassen, die diese Frist nicht einhalten, Ansprüche nicht mehr geltend machen können. Um sachwidrige Benachteiligungen einzelner Krankenkassen zu vermeiden, greift der Ausschluss wegen Fristüberschreitung jedoch nur dann, wenn diese von der Krankenkasse zu vertreten ist.

#### **Zu Absatz 3**

Der durch die Regelung ausgelöste Finanztransfer verfolgt den Zweck, einen maßgeblichen Beitrag zur Entschuldung der anspruchsberechtigten Krankenkassen zu leisten. Aus diesem Grund dürfen die Mittel nur zur Tilgung der bestehenden Darlehensverbindlichkeiten verwendet werden. Eine Verwendung für andere Zwecke, wie etwa einer Beitragssatzsenkung oder einer Verbesserung der Vergütungen der Leistungserbringer, ist untersagt. Zur Sicherstellung dieser Vorgabe ist vorgesehen, dass die Krankenkassen gegenüber ihrer Aufsichtsbehörde die zweckentsprechende Verwendung der einzelnen monatlichen Zahlungen nachweisen müssen. Wird dieser Nachweis nicht geführt, teilt die Aufsichtsbehörde dies dem Bundesversicherungsamt mit, das daraufhin die weitere Zahlung solange aussetzt, bis die Nachweispflicht erfüllt wird.

#### **Zu Artikel 3 Nr. 3a**

– Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Mit dieser Änderung wird die zum 31. Dezember 1999 auslaufende Übergangsregelung, nach der die Pflegekassen bei stationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Heim übernehmen, um zwei Jahre verlängert. Die Zwischenzeit von zwei Jahren soll genutzt werden, eine verlässlichere Datenbasis für eine endgültige Entscheidung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen zu erhalten und gleichzeitig auch weitere Möglichkeiten der notwendigen Weiterentwicklung und Verbesserung des Zusammenwirkens der verschiedenen Sozialleistungsträger bei der Versorgung Pflegebedürftiger zu prüfen.

Gleichzeitig wird die ebenfalls zum 31. Dezember 1999 auslaufende Übergangsregelung des § 43 Abs. 5 SGB XI über die stationären Leistungspauschalen um zwei Jahre verlängert. Die Behandlungspflege stellt einen nicht unwesentlichen Teil des Leistungsgeschehens bei vollstationärer Pflege dar, daher ist es sachgerecht, über die Ausgestaltung einer Dauerregelung für stationären Pflegeleistungen der Pflegeversicherung erst zu entscheiden, wenn die Entscheidung darüber getroffen ist, wer endgültig die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen zu übernehmen hat.

#### **Zu Artikel 3 Nr. 4a**

– Änderung des SGB XI

#### **Zu Buchstabe a**

Die im geltenden Recht vorgesehene Auflistung der Daten, die gemeinsam genutzt und verarbeitet werden dürfen, ist auf Schwierigkeiten in der Umsetzung gestoßen. Die gemeinsame Verarbeitung und Nutzung von Daten der Pflege- und Krankenkassen wird an dem Maßstab der Erforderlichkeit zur gesetzlichen Aufgabenerfüllung beider Stellen gemessen.

#### **Zu Buchstaben b, c und d**

Redaktionelle Änderungen.

#### **Zu Artikel 3**

– Änderung des SGB XI

#### **Zu Nummer 5a)**

(§ 97 Abs. 3)

Eine Verlängerung der Aufbewahrungsfrist von 5 auf 10 Jahre ist nur dann zulässig, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder den Verlauf der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

#### **Zu Artikel 4 Nr. 3 (§ 9 KHG)**

– Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung

Nach Buchstabe a wird die Förderverpflichtung der Länder zu dem Zeitpunkt aufgehoben, in dem erstmalig

Investitionskostenanteile für die bisherige Einzelförderung in den Bewertungsrelationen des neuen Vergütungssystems berücksichtigt werden (1. Januar 2008, vgl. § 17c Abs. 4 Satz 1 Nr. 2).

Die Hochschulkliniken werden in die monistische Krankenhausfinanzierung einbezogen. Buchstabe c ergänzt entsprechend die Vorgaben des § 9 Abs. 6 KHG zur Gegenfinanzierung der bisherigen Pauschalförderung. Die Hochschulkliniken werden zu den gleichen Bedingungen wie die übrigen Krankenhäuser einbezogen. Die Höhe der Gegenfinanzierung wird in § 17b Abs. 3 Satz 6 (neu) KHG bestimmt; sie orientiert sich an der Höhe der bisherigen Pauschalförderung des Landes für Krankenhäuser. Die Mittel werden in den Folgejahren, wie bei den übrigen Krankenhäusern, in fünf gleich hohen Jahresraten stufenweise bis auf Null reduziert. Zur Gegenfinanzierung der bisherigen Einzelförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vgl. § 17b Abs. 3 Satz 8 und Abs. 4 KHG.

#### Zu Artikel 4 Nr. 5 (§ 17 KHG)

- Redaktionelle Änderung
- kein Verwendungsnachweis für Instandhaltungsmittel bei Fallpauschalen-System

Buchstabe a nimmt redaktionelle Folgeänderungen auf Grund der Streichung der Restrukturierungsverträge nach § 17c Abs. 6 KHG-E vor.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Vorschrift des § 17 Abs. 4b Satz 5 KHG-E führt eine Zweckbindung für die mit der Instandhaltungspauschale gezahlten Mittel sowie einen Nachweis über die Verwendung der Mittel ein. Buchstabe b begrenzt diese Vorgaben auf die Zeit bis zur Einführung des neuen pauschalierten Vergütungssystems. Nach dessen Einführung werden die Instandhaltungsmittel als Bestandteil der neuen Entgelte gezahlt, in die sie ggf. in unterschiedlicher Höhe einkalkuliert und nicht mehr gesondert ausgewiesen sind; es entfällt auch die Nachweispflicht für ggf. im Zeitraum bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems nicht verwendete Instandhaltungsmittel.

#### Zu Artikel 4 Nr. 5 Buchstabe d (§ 17 Abs. 4 KHG)

- Pflegesatzfähigkeit von Investitionskosten ab Einführung der Monistik

Folgeänderung auf Grund der Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung und der damit verbundenen Übernahme der Investitionskosten in das neue Entgeltsystem. Klarstellung, dass ab dem Zeitpunkt der Übernahme die Kosten in den Entgelten zu berücksichtigen sind.

#### Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 17b KHG)

- Nähere Definition des landesweiten Gesamtbetrags für Krankenhäuser für das Jahr 2000,
- Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung

#### Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa stellt klar, dass in den landesweiten Gesamtbetrag die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne § 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 2 der BpflV einbezogen werden (voll- und teilstationäre Leistungen), soweit sie nach dem KHG und der BpflV vergütet werden. Außerhalb des Gesamtbetrags bleiben somit Leistungen, die nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anderweitig zu finanzieren sind, z. B. auch die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach § 116a, die integrierte Versorgung nach § 140c und die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V.

Die Doppelbuchstaben bb und cc bestimmen, dass der Gesamtbetrag vermindert wird, wenn der nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz finanzierte stationäre Leistungsumfang zurückgeht, z. B. auf Grund vermehrter ambulanter Leistungserbringung, vor- und nachstationärer Leistungen und der Teilnahme von Krankenhäusern an der integrierten Versorgung und an Modellvorhaben, wenn die Leistungen aufgrund vertraglicher Vereinbarungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch vergütet werden, z. B. im Falle der integrierten Versorgung die Vergütung für Krankenhausleistungen aus dem mit den Krankenkassen vereinbarten Budget oder Leistungsentgelt für die integrative Versorgung gezahlt wird.

Doppelbuchstabe cc fasst die Vorgabe zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen in den Krankenhausbereich hinein genauer. Voraussetzung für eine entsprechende Erhöhung des landesweiten Gesamtbetrags für Krankenhäuser ist, dass entsprechende Einsparungen in den Bereichen, die die Leistung nicht mehr erbringen, vertraglich abgesichert oder bereits tatsächlich erfolgt sein müssen.

Doppelbuchstabe dd räumt der Landeskrankengesellschaft das Recht auf Stellungnahme zur Höhe des landesweiten Gesamtbetrags ein, insbesondere zur erstmaligen Ermittlung für das Jahr 2000, zur Fortschreibung der Obergrenze in den Folgejahren aufgrund der Grundlohnrate, zu einer Unterschreitung der Obergrenze z. B. aufgrund einer Minderung des nach dem KHG zu finanzierenden stationären Leistungsbedarfs oder zu einer Erhöhung der Obergrenze aufgrund von Leistungsverlagerungen aus anderen Versorgungsbereichen.

#### Zu Buchstabe b

Buchstabe b Doppelbuchstabe aa nimmt eine redaktionelle Folgeänderung vor.

Nach der Vorgabe des Buchstaben a Doppelbuchstabe cc ist der landesweite Gesamtbetrag prospektiv um die Leistungen zu bereinigen, die künftig im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden. Um den zuständigen Verbänden der Krankenkassen einen Überblick über die Beteiligung der Krankenhäuser an der integrierten Versorgung im Land zu geben, bestimmt Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, dass ihnen die Erlöse aus dieser Versorgung anzuzeigen sind.

Für die Finanzierung nicht vereinbarter Mehrleistungen ist von vornherein ein Teilbetrag in Höhe von 1 Prozent des landesweiten Gesamtbetrags einzubehalten. Doppelbuchstabe cc bestimmt für den Fall, dass dieser Teilbetrag für die Finanzierung der den Krankenhäusern verbleibenden Mehrerlösanteile nicht vollständig benötigt wird, dass der Restbetrag den Krankenhäusern im Land im übernächsten Jahr zusätzlich zum Gesamtbetrag zur Verfügung steht.

#### **Zu Buchstabe c**

Die Vorschrift verändert die Vorgaben für den landesweiten Gesamtbetrag in § 17b Abs. 3 und bezieht dabei die Hochschulkliniken in die monistische Finanzierung ein. Doppelbuchstabe aa definiert den landesweiten Gesamtbetrag für das Basisjahr 2000 genauer. Entsprechend den Vorgaben des Artikels 7 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes wird im wesentlichen der für das Jahr 1999 geltende Rechtszustand zugrunde gelegt. Absatz 3 Satz 2 bestimmt mit Nummer 1 Buchstaben a und b, dass vorgeschriebene BAT-Berichtigungen für die Jahre 1998 und 1999 in die Basis 2000 einzubeziehen sind, soweit die Berichtigungen noch nicht in den krankenhausindividuellen Gesamtbeträgen für das Jahr 1999 enthalten sind. Buchstabe c bezieht Folgekosten von Kapazitätsveränderungen insbesondere auf Grund des Krankenhausplans oder des Investitionsprogramms des Landes, die in den krankenhausindividuellen Gesamtbeträgen des Jahres 1999 nur für einen Teil des Jahres berücksichtigt sind, ganzjährig ein. Die Behandlung von Blutern wurde bisher außerhalb des krankenhausindividuellen Budgets nach § 12 BpflV vergütet. Nach Buchstabe d werden die entsprechenden Beträge in den landesweiten Gesamtbetrag einbezogen. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene haben nach § 6 Abs. 1 Satz 3 BpflV vereinbart, dass für das Jahr 1998 die tatsächlich festgestellte Grundlohnrate gelten soll und Fehlschätzungen bei der prospektiven Vereinbarung berichtigt werden. Diese Berichtigung ist für das Jahr 2000 vereinbart. Nummer 2 ermöglicht die entsprechende Anpassung der landesweiten Gesamtbeträge. Nach Nummer 3 werden für die neuen Bundesländer die landesweiten Gesamtbeträge für das Jahr 2000 zusätzlich um 0,48 Vomhundert erhöht. Damit geht die für das Jahr 1999 geltende Minusrate nicht in die Basis für den landesweiten Gesamtbetrag des Jahres 2000 und damit auch nicht in die nachfolgenden Gesamtbeträge ein.

Die Doppelbuchstaben bb bis dd regeln die Einbeziehung der Hochschulkliniken in die monistische Krankenhausfinanzierung. Die Doppelbuchstaben bb und cc schreiben im Jahr 2003 wegen der Hochschulkliniken eine zusätzliche Erhöhung des einzelnen landesweiten Gesamtbetrags in dem Verhältnis vor, in dem auch für die übrigen Krankenhäuser im Land Pauschalfördermittel einbezogen werden (370 Millionen DM). Doppelbuchstabe dd nimmt im ersten Halbsatz eine redaktionelle Änderung vor. Der zweiten Halbsatz bestimmt zur Übernahme der bisherigen Einzelförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz für das Jahr 2008 eine Erhöhung aller landesweiten Gesamtbeträge um insgesamt 430 Millionen DM unter der Voraussetzung, dass

bis zum 30. Juni 2007 eine finanzielle Ausgleichsregelung nach Absatz 4 bundesrechtlich verankert wird. Dabei wird der einzelne landesweite Gesamtbetrag im Verhältnis der „Umsatzanteile“ der Universitätsklinik eines Landes an dem „Gesamtumsatz“ aller Universitätsklinik erhöht. Zur Gegenfinanzierung vgl. die Begründung zu § 17b Abs. 4 KHG.

Doppelbuchstabe ee ermöglicht eine Erhöhung des Gesamtbetrags für den Fall, dass ein Land, das derzeit die Instandhaltungskosten für große Baumaßnahmen noch fördert, diese Förderung einstellt.

#### **Zu Buchstabe d**

Bislang finanzieren Bund und Länder Investitionen der Hochschulkliniken im Rahmen der Hochschulbauförderung. Ab dem Jahr 2008 soll die Finanzierung der Investitionen, die im übrigen Krankenhausbereich im Wege der Einzelförderung finanziert werden, als Entgeltbestandteil über das neue pauschalierende Vergütungssystem erfolgen, um auch im Hochschulbereich die neuen Anreize, die zu mehr Wirtschaftlichkeit führen, wirksam werden zu lassen sowie Verzerrungen auf Grund unterschiedlich hoher Entgelte für gleiche Leistungen zu vermeiden. Bund und Länder stellen den Krankenkassen die hierfür erforderlichen Mittel zur Verfügung. Die notwendige bundesrechtliche Regelung ist bis spätestens zum 30. Juni 2007 zu treffen, damit ab dem 1. Januar 2008 entsprechende Finanztransfers erfolgen können. Der Ausgleichsbetrag entspricht dem Betrag, um den der landesweite Gesamtbetrag nach Absatz 3 Satz 8 erhöht wird.

Für den Wegfall der bisherigen Einzelförderung von Plankrankenhäusern durch die Länder ab dem 1. Januar 2008 sind kompensierende Erstattungsregelungen in § 58 Abs. 2 SGB V (Sterbegeld) und § 200c RVO (Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld) enthalten. Auf diese Regelungen wird in Absatz 4 Satz 2 verwiesen.

#### **Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 17c KHG)**

– Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems

Für die Vertretung der Berufsorganisationen der Krankenpflege und der Hebammen ist inzwischen der „Deutsche Pflegerat“ (DPR) gegründet worden.

#### **Zu Artikel 4 Nr. 8 (§ 18 Abs. 1 KHG)**

Redaktionelle Änderung.

Genauerer Verweis auf die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung.

#### **Zu Artikel 5 Nummer 5 Buchstabe a (§ 7 Abs. 1 BpflV)**

– Gutachterkosten bei Lebendspende für Organtransplantation

Die Ergänzung der Vorschrift des § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 um einen zweiten Halbsatz dient der Klarstellung. Die vor einer Lebendspende nach § 8 Abs. 3 Satz 2 und 3 des Transplantationsgesetzes (TPG) vorgeschriebene gutachtliche Stellungnahme einer unabhängigen Kom-

mission zu der Frage, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 TPG ist, gehört – ebenso wie z. B. die Organentnahme beim Spender, die ambulante oder stationäre Behandlung des Organspenders im Zusammenhang mit der Organentnahme und der Ausgleich spendebedingter Aufwendungen des Organspenders (ggf. einschließlich Fahrtkosten und Verdienstaustausch) – zu den Vor- und Nebenleistungen der Krankenbehandlung des Organempfängers, der Organtransplantation. Die Abgeltung der gutachtlichen Stellungnahme gehört deshalb zur Leistungspflicht für die Organtransplantation, d. h. zur Leistungspflicht der Krankenkasse, des sonstigen Sozialleistungsträgers oder privaten Versicherers des Organempfängers. Die entsprechenden Kosten sind als Kosten der Organbereitstellung pflegesatzfähig, sofern sie nicht gesondert vergütet werden.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 9 (§ 11 BPflV)**

– Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 10 (§ 12 BPflV)**

– Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses

Die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren ist auf Grund des damit verbundenen finanziellen Risikos für das einzelne Krankenhaus nicht Bestandteil der Erlösbudgets der einzelnen Krankenhäuser; die entsprechenden Sonderentgelte werden nach Absatz 2 Satz 3 abgezogen. Die für die Behandlung von Blutern gezahlten Vergütungen sind allerdings Teil des Gesamtbetrags nach § 17b KHG; vgl. hierzu die Definition des Basisbetrags für das Jahr 2000 in Form des Änderungsantrags zu § 17b Abs. 3. Buchstabe a Doppelbuchstabe aa stellt klar, dass die Summe aus den einzelnen Erlösbudgets der Krankenhäuser und den gesonderte Vergütungen für die Behandlung von Blutern den landesweiten Gesamtbetrag nicht übersteigen darf. Darüber hinaus wird eine redaktionelle Anpassung an die entsprechende Formulierung in § 17b Abs. 3 KHG vorgenommen. Entsprechend der Streichung der Restrukturierungsverträge in § 17c Abs. 6 KHG-E streicht Doppelbuchstabe bb die Vorgabe zur Berücksichtigung von Restrukturierungsverträgen im Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses. Nach Doppelbuchstabe cc entfällt die bisher formulierte einschränkende Voraussetzung für die Berücksichtigung einer BAT-Ost-West-Angleichung. Doppelbuchstabe bb stellt klar, dass die im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen aus dem Erlösbudget nach § 12 ausgegliedert werden, soweit diese Leistungen aus dem mit den Krankenkassen vereinbarten Budget oder Leistungsentgelt für die integrative Versorgung gezahlt wird.

Auch bei Krankenhäusern, die nur Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, kann die prospektive Erlössumme auf der Basis der landesweit festgelegten Fallpauschalen höher sein als das prospektiv vereinbarte

Erlösbudget nach § 12 BPflV. Nach Buchstabe b sind auch in diesen Fällen entsprechende Abschläge von den Fallpauschalen zu vereinbaren, um das Entstehen von später auszugleichenden Mehrerlösen zu vermeiden.

Buchstabe c stellt sicher, dass Leistungen, die im Rahmen von Modellvorhaben und der integrierten Versorgung außerhalb des Erlösbudgets nach § 12 BPflV vergütet werden, nicht auf Grund des Mindererlösausgleichs nach § 12 Abs. 4 BPflV im Budgetbereich zusätzlich anteilig vergütet werden.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 11 (§ 13 BPflV)**

– Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV

Redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 12 (§ 14 BPflV)**

– Redaktionelle Änderungen

Buchstaben a, b und c nehmen redaktionelle Änderungen infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV vor. Buchstabe c nimmt darüber hinaus unter Doppelbuchstabe bb eine redaktionelle Änderung vor, weil inzwischen ein Satz gestrichen wurde.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 14 (§ 16 BPflV)**

– Aufhebung der Rechtskreistrengung bei der Vereinbarung von Punktwerten auf Landesebene sowie – redaktionelle Änderung

Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist eine redaktionelle Anpassung. Doppelbuchstabe bb streicht im Zusammenhang mit der Aufhebung der Rechtskreistrengung die gesonderte Vorgabe für die Vertragsparteien auf Landesebene in den neuen Bundesländern, so lange einen niedrigeren Punktwert für Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vereinbaren, wie im Beitrittsgebiet die BAT-Vergütungshöhe unter derjenigen in den alten Bundesländern liegt. Die Regelung ist verzichtbar, weil künftig die Summe der Erlösbudgets der Krankenhäuser einschließlich der Fallpauschalen und Sonderentgelte die Höhe des landesweiten Gesamtbetrags nicht überschreiten darf. Nach § 17b KHG und § 12 BPflV sind BAT-Erhöhungen im Rahmen des landesweiten Gesamtbetrags zu finanzieren.

Buchstabe b nimmt eine redaktionelle Änderung infolge der Neufassung des § 15 Abs. 1 BPflV vor.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 15 Buchstabe c (§ 17 Abs. 4 BPflV)**

– Vorlage von Unterlagen für die Budgetverhandlung

Doppelbuchstabe aa betrifft eine Folgeänderung auf Grund der Anpassung der Regelung zu den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 2 KHG und eine Folgeänderung auf Grund der geänderten Nummerierung der Anlagen durch den Wegfall der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge (vgl. die Nummern 24 und 25). Die Verhandlungsunterlagen für die Pflegesatzverhandlungen sind immer vorzulegen, nicht erst auf Verlangen der Krankenkassen.

Doppelbuchstabe bb hebt die Begrenzung auf den vierstelligen Diagnoseschlüssel auf. Folgeänderung zur Änderung des § 301 Abs. 2 SGB V (Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa). Soweit die Diagnosen-Klassifikation des ICD fünfstelliger Schlüssel enthält, können diese vorgeschrieben werden. Entsprechend ist die Diagnosestatistik, die die Krankenhäuser für die Pflegesatz-/Budgetverhandlungen vorlegen müssen, detaillierter zu gliedern.

Doppelbuchstabe cc nimmt Folgeänderungen auf Grund der Aufhebung der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 BpflV (geltende Fassung) vor.

#### **Zu Artikel 5 Nr. 24 (Anlage zur BpflV)**

– Änderung des Abschnitts „L4-Diagnosestatistik“ der LKA

Folgeänderung zur Änderung des § 301 Abs. 2 SGB V (Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa). Soweit die Diagnosen-Klassifikation des ICD fünfstelliger Schlüssel enthält, können diese vorgeschrieben werden. Die Begrenzung der Diagnosestatistik, die von den Krankenhäusern als Unterlage für die Pflegesatz-/Budgetverhandlungen vorzulegen ist, auf vier Stellen wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Artikel 10 Nr. 1 (§ 51 SGG)**

– Rechtsweg zu den Sozialgerichten

#### **Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Änderung unter Buchstabe b

#### **Zu Artikel 10a**

– Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

#### **Zu Nummer 1 und 2**

Klarstellende Folgeregelungen zu der in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch enthaltenen Grundsatznorm des nunmehr allein öffentlich-rechtlich gestalteten Leistungserbringungsrechts. Die Ergänzung stellt auch im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) klar, dass für die sich aus den in § 69 SGB V genannten Rechtsbeziehungen ergebenden Rechtsstreitigkeiten, wie in der Begründung zu § 69 SGB V schon ausgeführt, die Sozialgerichte bzw. die Verwaltungsgerichte zuständig sind. Dies gilt klarstellend in Folge der Regelung in § 69 Satz 4 SGB V, auch soweit Rechte Dritter betroffen sind (so auch schon in geltendem Recht § 51 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz). Die Änderung des § 96 stellt zudem klar, dass dies auch für die sich aus den Artikeln 81 (85 alt) und 82 (86 alt) des EG-Vertrages oder aus den Artikeln 53 oder 54 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ergebenden Rechtsstreitigkeiten gilt.

#### **Zu Buchstabe b**

Klarstellende Folgeregelung zu der in § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch enthaltenen Grundsatznorm des nunmehr allein öffentlich-rechtlich gestalteten Leis-

tungserbringungsrechts. Die Ergänzung stellt auch im Sozialgerichtsgesetz klar, dass für die sich aus den in § 69 SGB V genannten Rechtsbeziehungen ergebenden Rechtsstreitigkeiten, soweit es sich um die in § 51 Abs. 2, erster Halbsatz genannten Angelegenheiten handelt, wie in der Begründung zu § 69 SGB V schon ausgeführt, die Sozialgerichte zuständig sind.

#### **Zu Artikel 15 Nr. 1 (§ 10 VAG – neu –)**

– Aushändigung eines Informationsblatts vor Abschluss einer privaten Krankenversicherung

Der im Gesetzentwurf in Artikel 15 Nr. 6 als Nr. 5 der Anlage D Abschnitt II des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorgesehene Text soll in das Versicherungsaufsichtsgesetz als Absatz 1a des § 10 eingefügt werden. Der Inhalt des Textes bleibt unverändert.

#### **Zu Artikel 15 Nr. 4 (§ 110 VAG – neu –)**

– Beitragszuschlag auch für ausländische Krankenversicherungsunternehmen

Um auch ausländischen Unternehmen, die in Deutschland die substitutive Krankenversicherung anbieten, die Erhebung des Beitragszuschlages vorzuschreiben, muss die Aufzählung der Vorschriften des Allgemeininteresses in § 110a Abs. 4 Nr. 2 VAG um die neu geschaffenen Regelungen der §§ 12 Abs. 4a bis 12e ergänzt werden.

#### **Zu Artikel 15 Nr. 6 (Anlage D Abschnitt II VAG)**

– Informationspflichten vor Abschluss einer privaten Krankenversicherung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsantrag zu Artikel 15 Nr. 1.

#### **Änderungsantrag ...**

#### **Zu Artikel 15a**

– Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

#### **Zu 1.**

Nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes zahlen die Krankenkassen in den neuen Ländern für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts ihrer Versicherten einen Investitionszuschlag von 11 DM. Die Berücksichtigung dieser Ausgaben im Risikostrukturausgleich ist ausdrücklich ausgeschlossen worden, obwohl es sich um Ausgaben handelt, die im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung der Versicherten entstehen und daher entsprechend der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen – also nach Alter, Geschlecht und Risikogruppen differenziert – anfallen. Der Ausschluss dieser Ausgaben aus dem Risikostrukturausgleich ist daher nicht systemgerecht. Durch die Regelung werden die Ausgaben in den Risikostrukturausgleich einbezogen.

#### **Zu 2.**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur vollständigen Aufhebung der Rechtskreistrennung im Risikostrukturausgleich vom 1. Januar 2005 an.

**Zu Artikel 16**

– Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung

**Zu 1.**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der Nummern 2 und 3. Der Inhalt der Vorschrift wird hierdurch nicht verändert.

**Zu 2.**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des Artikel 15a. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes gehören künftig zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich.

**Zu 3.**

Es handelt sich um Folgeregelungen zu der für das Jahr 2000 vorgesehenen Änderung im Risikostrukturausgleich.

**Zu Absatz 1**

Die vorübergehende Anhebung des Ausgleichsbedarfsatzes für die Krankenkassen in den alten Ländern führt zu einer Erhöhung des Finanztransfers zu Gunsten der Krankenkassen in den neuen Ländern. Der Betrag von 1,3 Milliarden DM ergibt sich daraus, dass den Krankenkassen in den neuen Ländern ein Betrag in dieser Höhe zugeflossen wäre, wenn das GKV-Finanzstärkungsgesetz bereits am 1. Januar 1998 in Kraft getreten und die gesetzliche Begrenzung des Transferbetrags im Jahre 1999 aufgehoben worden wäre.

**Zu Absatz 2**

Mit der Vorschrift werden die Berechnungs- und Verfahrensvorgaben zur Umsetzung des § 313b SGB V geregelt. Das Bundesversicherungsamt ist verpflichtet, unverzüglich nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift bekannt zu geben, welche Nachweise die Krankenkassen zur Feststellung ihrer Anspruchsberechtigung und für die Aufteilung des Transferbetrags vorzulegen haben. Dies ermöglicht eine zeitnahe Auszahlung der Transfermittel an die anspruchsberechtigten Krankenkassen. Für die Feststellung der Höhe der Betriebsmittel, der Rücklagen und der Geldmittel für die Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen sind die am Stichtag 31. Dezember 1998 von den Krankenkassen gemeldeten Werte maßgebend. Nachträgliche Korrekturen der Meldungen bleiben unberücksichtigt. Hierdurch wird sichergestellt, dass Korrekturen für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum keine Änderung der vom Bundesversicherungsamt vorgenommenen Aufteilung erforderlich machen. Dies dient der Rechtssicherheit und Umsetzbarkeit der Vorschrift. Die Betriebsmittel ergeben sich aus Konto 1901, die Rücklagen aus Konto 1902 und die Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen aus Konto 1904. Die Anwendung der Statistik KM 1/13 für die Feststellung der Zahl der versicherungspflichtigen Mitglieder stellt sicher, dass für alle Krankenkassen die gleiche Beurteilungsgrundlage gilt.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 definiert den Begriff des ausgabendeckenden rechnerischen Beitragssatzes. Die Berechnung dieses für die Feststellung der Anspruchsberechtigung und Aufteilung des Transferbetrags maßgeblichen Werts erfolgt damit für alle Krankenkassen einheitlich.

**Zu Absatz 4**

Die Regelung in Absatz 4 ermöglicht dem Bundesversicherungsamt die Durchführung der zur Feststellung der Anspruchsberechtigung und Aufteilung des Finanztransfers erforderlichen Umsetzungsmaßnahmen. Da die erstmalige Aufteilung nach § 313b Abs. 1 Nr. 3 SGB V frühestens im monatlichen Ausgleich für den Monat März 2000 vorzunehmen ist, wird zugleich klargestellt, dass vorher keine Zahlungsansprüche gegen das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage des § 313b SGB V geltend gemacht werden können. Beginnend mit dem Monat der erstmaligen Aufteilung ist der Jahresbetrag von 1,3 Milliarden DM in gleichen Monatsraten für den verbleibenden Zeitraum des Jahres 2000 auszu zahlen. Auf diese Weise treten die beabsichtigten Liquiditätswirkungen bei den anspruchsberechtigten Krankenkassen vollständig im Jahr 2000 ein.

**Zu Artikel 17 Nr 1a**

– Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Verschiedene Landesdatenschutzbeauftragte haben darauf hingewiesen, dass § 18 Abs. 2 Buchstabe b) der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte in der geltenden Fassung keine ausreichende Rechtsgrundlage für die Vorlage des qualifizierten Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BZRG beim Zulassungsausschuss sei (Führungszeugnis zur Vorlage bei Behörden). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen halten die Vorlage des qualifizierten Führungszeugnisses für dringend geboten, da nur anhand eines solchen Führungszeugnisses die Frage der Unzuverlässigkeit und Ungeeignetheit nach §§ 21 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte geprüft werden kann.

**Zu Artikel 17 Nr. 3**

– Zulassungsverordnung für Ärzte

Der Begriff Fachgebietswechsel orientiert sich am Weiterbildungsrecht und beinhaltet nicht den Wechsel des hausärztlich tätigen Internisten in die fachärztliche Versorgung. Die Regelung stellt klar, dass sowohl der bereits im Gesetzentwurf geregelte Wechsel des fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche Versorgung als auch der umgekehrte Wechsel mit Inkrafttreten der hausärztlichen Bedarfsplanung zum 1. Januar 2001 (vgl. die Begründung zum Änderungsantrag zu Artikel 24) wie ein Fachgebietswechsel zu werten ist und wie dieser nur unter der Voraussetzung genehmigt werden kann, dass keine Überversorgung besteht. Bis zum Inkrafttreten der hausärztlichen Bedarfsplanung besteht das alte Recht weiter, mit der Folge, dass Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung einen Wechsel unabhängig von Zulassungsbeschränkungen vornehmen können.

**Zu Artikel 17 Nr. 3a**

– Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – (Psychotherap. Bedarfsplanung)

Bei festgestellter psychotherapeutischer Überversorgung hat der Landesausschuss gemäß § 103 Abs. 1 SGB V Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten anzuordnen. Diese gelten nach bisherigem Recht für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin. Auf andere Ärzte, die aufgrund einer Zusatzqualifikation psychotherapeutische Leistungen erbringen dürfen, wirken sich die Zulassungsbeschränkungen nur aus, wenn sie eine Zulassung beantragen, die sich auf die psychotherapeutische Versorgung bezieht, nicht jedoch, wenn sie ausschließlich für ihr Fachgebiet zugelassen sind, dann aber tatsächlich überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig werden. Gemäß § 101 Abs. 4 SGB V werden zwar auch diese Ärzte bedarfsplanungsrechtlich der Arztgruppe der Psychotherapeuten zugerechnet. Das geltende Recht bietet jedoch keine ausreichende Grundlage zu verhindern, dass diese Ärzte in einem für Psychotherapeuten gesperrten Planungsbereich auch überwiegend oder ausschließlich und damit in einem bedarfsplanungsrechtlich erheblichem Umfang psychotherapeutische Leistungen erbringen. Hierdurch kann eine bestehende psychotherapeutische Überversorgung vertieft und eine sachlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung mit den übrigen Psychotherapeuten hervorgerufen werden. In den Sätzen 1 und 2 wird deshalb zur Absicherung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung ausgeschlossen, dass nach der Überversorgungsfeststellung des Landesausschusses weitere Ärzte ihren psychotherapeutischen Leistungsumfang bedarfsplanungsrechtlich relevant ausweiten. Soweit Zulassungsbeschränkungen nicht angeordnet sind, hat der Zulassungsausschuss bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen die Genehmigung zu erteilen. Ärzte, die bereits aufgrund des bisherigen Rechts überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, bedürfen der Genehmigung nicht, da die Vorschrift nur die Aufnahme dieser Tätigkeit für genehmigungspflichtig erklärt. Eine vorübergehende überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit, die in Satz 3 näher bestimmt wird, ist nicht genehmigungspflichtig. Satz 4 stellt klar, dass die genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen nur bei Vorliegen der Genehmigung abgerechnet werden dürfen. Der Ausschluss von der Abrechnungsfähigkeit betrifft somit von den gesamten psychotherapeutischen Leistungen des Vertragsarztes nur den 50 Prozent seiner erbrachten vertragsärztlichen Leistungen übersteigenden Leistungsanteil, da nur dieser genehmigungspflichtig ist.

**Zu Artikel 17 Nr. 4**

– Zulassungsverordnung für Ärzte

Es wird klargestellt, dass die in der Vorschrift genannten Gebühren auch von ärztlich geleiteten Einrichtungen zu tragen sind. Die Gebührenpflicht wird außerdem eingeführt für das Genehmigungsverfahren im Zusammenhang mit der Anstellung von Ärzten. Gleichzeitig

werden die seit 1977 nicht mehr angepassten Gebührensätze verdoppelt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung – nach einer Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen – halten diese Erhöhung für gerechtfertigt, da nach deren Einschätzung mit den bisherigen Gebühren nur eine 20 bis 40prozentige Kostendeckung erreicht wird.

**Zu Artikel 17 Nr. 5**

– Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung erfordert eine Förderung der allgemeinmedizinischen Ausbildung. Allgemein anerkannt ist die Notwendigkeit zur verstärkten Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin. Die Verbindung einer solchen Professur mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit ist dabei erforderlich, damit bereits in der universitären Ausbildung alle typischerweise in einer hausärztlichen Praxis auftretenden Krankheitsbilder und die speziellen Betreuungs- und Koordinierungsfunktionen des Hausarztes kennengelernt werden können. Die Ermächtigung wird dabei unabhängig von einem bestehenden Versorgungsbedarf, jedoch beschränkt auf den für die Lehre erforderlichen Umfang erteilt. Durch Satz 2 der Regelung werden die allgemeinen Ermächtigungsvorschriften über die Antragstellung sowie den Inhalt und den Widerruf der Ermächtigung für anwendbar erklärt. Die Beschränkung der Ermächtigung auf Ärzte, die das fünfundfünfzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, findet keine Anwendung.

**Zu Artikel 18 Nr. 1**

– Zulassungsverordnung für Zahnärzte

Verschiedene Landesdatenschutzbeauftragte haben darauf hingewiesen, dass § 18 Abs. 2 Buchstabe b der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte in der geltenden Fassung keine ausreichende Rechtsgrundlage für die Vorlage des qualifizierten Führungszeugnisses nach § 30 Abs. 5 BRZG beim Zulassungsausschuss sei (Führungszeugnis zur Vorlage bei Behörden). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen halten die Vorlage des qualifizierten Führungszeugnisses für dringend geboten, da nur anhand eines solchen Führungszeugnisses die Frage der Unzuverlässigkeit und Ungeeignetheit nach §§ 21 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte geprüft werden kann.

**Zu Artikel 18 Nr. 4**

– Zulassungsverordnung für Zahnärzte

Es wird klargestellt, dass die in der Vorschrift genannten Gebühren auch von zahnärztlich geleiteten Einrichtungen zu tragen sind. Die Gebührenpflicht wird außerdem eingeführt für das Genehmigungsverfahren im Zusammenhang mit der Anstellung von Zahnärzten. Gleichzeitig werden die seit 1977 nicht mehr angepassten Gebühren verdoppelt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung halten diese Erhöhung für gerechtfertigt, da nach deren Einschätzung mit den bisherigen Gebühren

nur eine 20 bis 40prozentige Kostendeckung erreicht wurde.

#### **Zu Artikel 19**

– Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Die Streichung dient der Klarstellung, dass die Gebührenbegrenzung für Versicherte des PKV-Standardtarifs sich nur auf Leistungen im Paket des Standardtarifs erstreckt und außerhalb dieses Tarifs in Anspruch genommene Leistungen nicht erfasst.

#### **Zu Artikel 20**

– Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Streichung dient der Klarstellung, dass die Gebührenbegrenzung für Versicherte des PKV-Standardtarifs sich nur auf Leistungen im Paket des Standardtarifs erstreckt und außerhalb dieses Tarifs in Anspruch genommene Leistungen nicht erfasst.

#### **Zu Artikel 21a**

– Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit der Wiedervereinigung ist es ein vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, die Lebensverhältnisse in den neuen und den alten Ländern einander anzugleichen. Ziel des Angleichungsprozesses war es, in den neuen Ländern ein Gesundheitssystem aufzubauen, das auf den Prinzipien der Freiheitlichkeit, Pluralität, Solidarität und Eigenverantwortung beruht und das die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen dauerhaft auf hohem Niveau gewährleistet. Die Angleichung der Lebensverhältnisse ist im Gesundheitswesen schon sehr weit gediehen – weiter als in vielen anderen Lebensbereichen.

Der beabsichtigte Angleichungsprozess im Gesundheitswesen wird auch in den nächsten Jahren weiter fortschreiten. Deshalb werden ab dem 1. Januar 2001 in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitliche Bedingungen geschaffen. Hierdurch werden nicht nur noch vorhandene unterschiedliche Rahmenbedingungen für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen abgebaut. Es wird auch ein wichtiger Beitrag zur Vereinfachung der gesetzlichen Bestimmungen der sozialen Krankenversicherung und zum Abbau nicht mehr erforderlicher bürokratischer Hemmnisse zweier unterschiedlicher Rechtskreise geleistet.

Eine Ausnahme gilt lediglich für die Bereiche, in denen – wie z. B. bei der Zulassung von Polikliniken und Ambulatorien – der besonderen Situation in den neuen Ländern auch künftig Rechnung getragen werden muss.

#### **Zu Artikel 23 § 10 – neu –**

– Übergangsregelung zur Versicherungspflicht von Studenten aus den neuen Ländern

Die Studenten und Praktikanten aus den neuen Ländern, die in den alten Ländern ein Studium oder Praktikum absolvieren, konnten sich nach bisherigem Recht anstelle einer Familienversicherung in den neuen Ländern für eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse in den alten Ländern entscheiden. Hierdurch sollte ihnen der Zugang zu den Leistungserbringern am Studien oder

Praktikumsort ermöglicht werden. Da zukünftig auch die versicherten der Krankenkassen in den neuen Ländern einen unbeschränkten Zugang zu den Leistungserbringern in den alten Ländern haben, ist der Grund für dieses besondere Wahlrecht der Studenten und Praktikanten entfallen. Sie unterliegen daher – wie alle anderen Studenten und Praktikanten auch – künftig der Versicherungspflicht nur dann, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht erfüllt sind. Die Übergangsvorschrift ermöglicht den Betroffenen, die Mitglied einer Krankenkasse in den alten Ländern geworden sind, die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse für die Dauer des Studiums oder Praktikums fortzusetzen.

#### **Zu Artikel 23 § 11 – neu –**

– Mitgliedschaft in der Bundesknappschaft und der Seekrankenkasse

Nach geltendem Recht endet die auf gesetzlicher Zuweisung beruhende Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter bei der Seekrankenkasse oder der Bundesknappschaft kraft Gesetzes, wenn sie nicht mehr auf einem deutschen Seeschiff beschäftigt sind oder eine Beschäftigung in einem nicht knappschaftlichen Betrieb aufnehmen. Durch strukturelle Anpassungsmaßnahmen im Bergbau und in der Seeschifffahrt ist die Zahl der in diesen Bereichen Beschäftigten bereits seit längerer Zeit rückläufig. Diese Entwicklung hat zu erheblichen Mitgliederverlusten der Bundesknappschaft und der Seekrankenkasse geführt. So ist die Zahl der versicherungspflichtigen Mitglieder der Bundesknappschaft (ohne Rentner) im Zeitraum von Dezember 1995 bis Mitte 1999 um 27 Prozent zurückgegangen. Die Seekrankenkasse hat im gleichen Zeitraum über 10 Prozent ihrer versicherungspflichtigen Mitglieder ohne Rentner verloren. Für die Bundesknappschaft macht der Mitgliederrückgang allein im Jahr 1998 ca. 18 000 Versicherungspflichtige ohne Rentner aus. Da diese Entwicklung voraussichtlich auch in Zukunft anhalten wird, ist die Existenz dieser Krankenkassen als selbständige Kassenarten langfristig gefährdet. Um ihnen kurzfristig eine Stabilisierung ihres Mitgliederbestands zu ermöglichen, erhalten die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, die in der Vergangenheit aus einer dieser Krankenkassen ausgeschieden sind oder bis zum 31. Dezember 2000 ausscheiden, das Recht, bei ihrer bisherigen Krankenkasse zu bleiben bzw. zu ihrer früheren Krankenkasse zurückzukehren. Voraussetzung für dieses Wahlrecht ist, dass ein hinreichend enger Bezug der Betroffenen zur Seefahrt oder zum knappschaftlichen Bereich besteht. Dies kommt darin zum Ausdruck, dass die Seekasse oder die knappschaftliche Rentenversicherung für die Leistungsgewährung zuständig sind. Für die Ausübung dieses Wahlrechts gelten die allgemeinen Vorschriften über die Ausübung des Wahlrechts Versicherungspflichtiger (§ 175 SGB V) entsprechend. Eine dauerhafte Neuaufgrenzung des versicherten Personenkreises der Bundesknappschaft und der Seekrankenkasse soll der umfassenden Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen vorbehalten bleiben, die im Anschluss an diese Gesundheitsreform vorgesehen ist (vgl. Begründung zu Artikel 23 § 8).



Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die ebenfalls über einen gesetzlich zugewiesenen Mitgliederkreis verfügen, ist eine Sonderregelung nicht vorgesehen, da die Leistungsausgaben dieser Krankenkassen zu einem erheblichen Teil aus Bundesmitteln finanziert werden. Ein Bleiberecht für Versicherte, die aus einer landwirtschaftlichen Krankenkasse ausscheiden, wäre daher nicht sachgerecht.

#### **Zu Artikel 23 § 11a**

– Überleitungsvorschriften

Die Regelung stellt sicher, dass die psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung des § 118 Abs. 2 SGB V nach altem Recht über eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verfügen, für zwei Jahre in dem bestehenden Umfang weiter ambulant tätig sein können. Nach Ablauf der zwei Jahre wird diese bedarfsabhängige Ermächtigung in der Regel von der gesetzlichen Ermächtigung nach § 118 Abs. 2 SGB V ersetzt werden. Es besteht jedoch auch dann weiterhin die Möglichkeit, über den Umfang der gesetzlichen Ermächtigung des § 118 Abs. 2 SGB V hinaus, den psychiatrische Abteilungen oder den dort tätigen Ärzten nach den allgemeinen Regeln des Kassennarztrechtes (§§ 116, 116a SGB V, § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) eine Ermächtigung zu erteilen, wenn hierfür ein entsprechender Bedarf besteht.

#### **Zu Artikel 23 § 11b (Überleitungsvorschriften)**

– Personalübergang Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

Mit der Regelung wird der Personenkreis für den Personalübergang zur Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland festgelegt. Für die dienstordnungsmäßigen Angestellten gilt bis zum Inkrafttreten der Dienstordnung der Verbindungsstelle die zum Zeitpunkt der Verselbständigung gültige Dienstordnung des AOK-Bundesverbandes fort. Die entsprechende Anwendung des § 414b Reichsversicherungsordnung verpflichtet die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland eine Dienstordnung und einen Stellenplan für die dienstordnungsmäßigen Angestellten aufzustellen. Auch für die Tarifangestellten wird klargestellt, dass die Tarifregelungen in der jeweils gültigen Fassung fortgelten. Die Verbindungsstelle kann sich einer der bestehenden Tarifgemeinschaften anschließen. Die näheren Einzelheiten zum Personalübergang ein-

schließlich der Aufteilung der Versorgungslasten für dienstordnungsmäßige Angestellte regeln die Spitzenverbände. Sie können auch ggf. den Übergang von Vermögen und Verbindlichkeiten regeln. Betriebsvereinbarungen und sonstige festgelegte Arbeitsbedingungen sind nach Satz 1, zweiter Halbsatz, – ggf. bis zum Abschluss einseitiger von der Verbindungsstelle getroffener Vereinbarungen – zu übernehmen.

#### **Zu Artikel 24**

– Inkrafttreten, Außerkrafttreten

##### **Zu Nummer 1**

Das vorgezogene Inkrafttreten des Öffnungsmoratoriums für Betriebs- und Innungskrankenkassen stellt sicher, dass Anträge auf Genehmigung entsprechender Satzungsänderungen, die am Tag der dritten Lesung noch nicht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde eingegangen waren, nicht mehr genehmigt werden können. Hierdurch sollen Vorzieheffekte vermieden werden, die das Ziel der Vorschrift gefährden.

##### **Zu Nummer 2**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Aufhebung der Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Bestimmung, wonach der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner nach Rechtskreisen getrennt durchzuführen war, soll zum gleichen Zeitpunkt außer Kraft treten wie die Vorschriften über den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner. Außerdem wird das erstmalige Wirksamwerden des vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs geregelt.

##### **Zu Buchstabe c und d**

Die Änderung betrifft die Aufhebung der Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

##### **Zu Nummer 3**

Die Änderung betrifft das Außerkrafttreten der Vorschriften über die nach Rechtskreisen getrennte Durchführung des Risikostrukturausgleichs.

Berlin, den 3. November 1999

**Gudrun Schaich-Walch**

(Berichterstatlerin)

**Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)**

(Berichterstatter)

**Dr. Dieter Thomae**

(Berichterstatter)

**Katrin Göring-Eckardt**

(Berichterstatlerin)

**Dr. Ruth Fuchs**

(Berichterstatlerin)





