

Bundesgesetzblatt ¹⁵¹⁷

Teil I

G 5702

1997

Ausgegeben zu Bonn am 30. Juni 1997

Nr. 42

Tag	Inhalt	Seite
23. 6. 97	Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-Neuordnungsgesetz – 1. NOG) FNA: neu: 860-5/2; 860-5, 8252-3 GESTA: M039	1518
23. 6. 97	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) FNA: neu: 860-5/3; 860-5, 8252-3, 8252-1, 8251-10/1, 820-1, 860-5-12, 2126-9, 860-5-7, 2126-9-14, 2126-9-13-2, 2126-9-9, 2126-9-12, 8230-25, 8230-26, 860-5/2 GESTA: M043	1520
24. 6. 97	Vierte Verordnung zur Änderung seeverkehrsrechtlicher Vorschriften FNA: 9513-29, 9510-1-13, 9511-1, 9510-1-11	1537

**Erstes Gesetz
zur Neuordnung von Selbstverwaltung und
Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(1. GKV-Neuordnungsgesetz – 1. NOG)**

Vom 23. Juni 1997

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594), wird wie folgt geändert:

1. § 62 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufbringen mußten, beträgt sie nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.“

2. In § 175 Abs. 4 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Erhöhung folgenden Kalendermonats möglich.“

3. In § 191 Nr. 4 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satz angefügt:

„§ 175 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.“

4. § 221 wird wie folgt gefaßt:

„§ 221

**Zuzahlungserhöhungen
bei Beitragssatzerhöhungen**

(1) Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so erhöhen sich die von den Versicherten dieser Krankenkasse zu leistenden Zuzahlungen, die in Deutsche Mark bemessen werden, für jeweils angefangene 0,1 Beitragssatzpunkte dieser Beitragssatzerhöhung um 1 Deutsche Mark. Zuzahlungen, die in Vomhundertsätzen bemessen werden, erhöhen sich jeweils um einen Prozentpunkt; dies gilt auch für den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz. Die Erhöhung um jeweils 1 Deutsche Mark nach Satz 1 gilt auch für den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag. Die Erhöhung tritt jeweils einen Monat nach dem Wirksamwerden der Beitragssatzerhöhung ein.

(2) Senkt eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so vermindern sich die von den Versicherten dieser Kran-

kenkasse zu leistenden Zuzahlungen, der von den Versicherten zu tragende Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz und der Betrag nach § 60 Abs. 2 für jeweils 0,1 Beitragssatzpunkte entsprechend Absatz 1. Dabei dürfen die gesetzlich vorgesehenen Beträge und Anteile nicht unterschritten werden.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

(4) Die Absätze 1 und 3 gelten nicht, soweit allein durch Veränderungen der Verpflichtungen oder Ansprüche im Risikostrukturausgleich Beitragserhöhungen zwingend erforderlich sind. Veränderungen nach Satz 1 sind

1. für das Haushaltsjahr 1996 der Unterschiedsbetrag zwischen den im Jahre 1996 nach § 266 Abs. 6 Satz 4 und 5 tatsächlich geleisteten oder erhaltenen Ausgleichszahlungen für 1995 und 1996 und den im Haushaltsplan 1996 und im Jahresrechnungsergebnis 1995 hierfür vorgesehenen Werten,
2. für die Haushaltsjahre ab 1997 der Unterschiedsbetrag zwischen den im Haushaltsjahr nach § 266 Abs. 6 Satz 4 und 5 tatsächlich geleisteten oder erhaltenen Ausgleichszahlungen und den entsprechenden Beträgen im Vorjahr.

Satz 1 gilt nicht für Veränderungen der Ansprüche im Risikostrukturausgleich, soweit sie durch Änderungen im Leistungsrecht verursacht sind.“

Artikel 2

§ 38 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 68 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Text wird Absatz 1.

2. Die folgenden Absätze werden angefügt:

„(2) Erhöht eine landwirtschaftliche Krankenkasse ihre Beiträge nach Absatz 1, so erhöhen sich die von den Versicherten dieser Krankenkassen zu leistenden Zuzahlungen, die in Deutsche Mark bemessen werden, für jeweils angefangene 2 vom Hundert der Beitragssumme – unter Abzug der festgestellten endgültigen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen (§ 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) seit der letzten Beitragserhöhung – um 1 Deutsche Mark; Zuzahlungen, die in Vomhundertsätzen bemessen werden, erhöhen sich jeweils um einen Prozentpunkt; dies gilt auch für den von den Versicherten zu tragen-

den Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz. Die Erhöhung um jeweils 1 Deutsche Mark nach Satz 1 gilt auch für den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag. Die Zuzahlungen und der Betrag nach § 60 Abs. 2 erhöhen sich einen Monat nach dem Wirksamwerden der Beitragssatzerhöhung.

(3) Bei der Anwendung des Absatzes 2 bleiben Beitragsanpassungen, die nach § 40 Abs. 1 Satz 5 erforderlich sind, außer Betracht.

(4) § 221 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Artikel 3

Übergangsregelung

Ab Inkrafttreten dieses Gesetzes gilt Artikel 1 Nr. 2 bis 4 entsprechend für Beitragserhöhungen, die nach dem

8. Oktober 1996 und vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam werden. Für die Kündigungsfrist nach Artikel 1 Nr. 2 ist anstelle des Tages der Beitragserhöhung der Tag des Inkrafttretens der Regelung maßgebend. Bei der Anwendung des § 221 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben Beitragsvermindierungen auf Grund von § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur Beitragsentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631) außer Betracht.

Artikel 4

Inkrafttreten

(1) In Artikel 1 Nr. 4 tritt § 221 Abs. 1 Satz 4 am ersten Tage des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

(2) Im übrigen tritt dieses Gesetz am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und wird im Bundesgesetzblatt verkündet.

Berlin, den 23. Juni 1997

Der Bundespräsident
Roman Herzog

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister für Gesundheit
Horst Seehofer

**Zweites Gesetz
zur Neuordnung von Selbstverwaltung und
Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG)**

Vom 23. Juni 1997

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 4 Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 5 Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995
- Artikel 6 Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 7 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- Artikel 8 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 9 Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes
- Artikel 10 Maßgaben zur Anwendung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
- Artikel 11 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
- Artikel 12 Änderung der Abgrenzungsverordnung
- Artikel 13 Aufhebung der Pflege-Personalregelung
- Artikel 14 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel 15 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
- Artikel 16 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
- Artikel 17 Übergangsvorschriften
- Artikel 18 Änderung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes
- Artikel 19 Inkrafttreten

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 Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518), wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen

wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

2. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „zwanzigste“ durch das Wort „achtzehnte“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird aufgehoben.

c) In Absatz 3 werden in Satz 1 das Wort „zwanzigste“ durch das Wort „achtzehnte“ ersetzt und Satz 2 aufgehoben.

d) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze angefügt:

„(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Die individualprophylaktischen Leistungen umfassen Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahl-senkung. Dabei sind Maßnahmen zu bevorzugen, die Versicherte selbst durchführen können.

(5) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.“

3. § 26 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Untersuchungen“ die Wörter „sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung“ eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

„Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Ein-

schätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden."

4. § 28 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 8 werden die Wörter „implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion,“ gestrichen.

b) Nach Satz 8 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, 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 Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“

5. § 29 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Übernahme“ durch das Wort „Erstattung“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 und 2, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten. Abrechnungsgrundlage ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen.“

6. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 30

Kostenerstattung
durch Festzuschüsse bei Zahnersatz“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, haben Anspruch auf einen Festzuschuß zu der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei großen Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer ist der Anspruch auf den Festzuschuß für vier zu ersetzende Zähne, bei Brücken mit mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände auf den Festzuschuß für drei zu ersetzende Zähne begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für zwei Verbindungselemente je Kiefer sowie bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf den Festzuschuß für drei Verbin-

dungselemente begrenzt. Bei Verblendungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für Kunststoff-Verblendungen begrenzt. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, sind Sachleistungen.“

c) Der bisherige Absatz 1a wird Absatz 2.

d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:

„(3) Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöht sich der Festzuschuß nach Absatz 1 für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Festzuschuß erhöht sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2.

(4) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den Festzuschuß an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten; der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen. Vor Beginn der Behandlung hat er einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

e) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

7. Nach § 30 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 30a

Festsetzung der Festzuschüsse

(1) Die Festzuschüsse nach § 30 Abs. 1 haben die zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörenden prothetischen Versorgungsformen zu umfassen. Insbesondere sind Festzuschüsse für Kronen, für Totalprothesen und für zu ersetzende Zähne auf der Basis von herausnehmbarem Zahnersatz, Brücken und Kombinationsversorgungen zu bilden. Es ist auf standardisierte Versorgungsformen und nicht auf den konkreten Leistungsumfang im Einzelfall abzustellen. Der Festzuschuß umfaßt in einer Summe die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen bei prothetischen Versorgungsformen.

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu den von ihm zu standardisierenden Versorgungsformen, für die Festzuschüsse festzusetzen sind, und setzt bis zum 31. Oktober 1997 die Höhe der Festzuschüsse getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet fest. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. § 94 Abs. 1 Satz 1 und 2 sowie Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Die Festsetzung der Festzuschüsse hat bei den zahnärztlichen Leistungen nach den Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnung für Zahnärzte in Höhe des 1,7fachen des nach dieser Gebührenordnung jeweils geltenden Gebührensatzes zu erfolgen. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist das 1,86fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes zugrunde zu legen. Für die zahntechnischen Leistungen ist die Leistungsbeschreibung des am 31. Dezember 1996 gültigen Bundesleistungsverzeichnisses anzuwenden und mit einem gewogenen durchschnittlichen Preis getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet zu bewerten, der aus den zu diesem Zeitpunkt auf Landesebene geltenden Preisen für Praxis- und gewerbliche Labore zu ermitteln ist. Der Festzuschuß umfaßt 50 vom Hundert der Beträge nach den Sätzen 1 bis 3. Das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und zahntechnische Leistungen im Jahr 1996, abzüglich der sich aus § 30 Abs. 1 Satz 5 ergebenden Minderausgaben, darf bei der erstmaligen Festsetzung der Festzuschüsse insgesamt nicht überschritten werden. Die Festzuschüsse sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen.“

8. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.“

b) In Absatz 3 werden die Zahl „4“ durch die Zahl „9“, die Zahl „6“ durch die Zahl „11“ und die Zahl „8“ durch die Zahl „13“ ersetzt.

9. In § 32 Abs. 2 Satz 1 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „15“ ersetzt.

10. Dem § 33 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag.“

11. In § 39 Abs. 4 Satz 1 wird die Zahl „12“ durch die Zahl „17“ ersetzt.

12. Nach § 39 wird folgender § 39a eingefügt:

„§ 39a

Stationäre Hospize

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

13. Dem § 40 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

14. Dem § 43 werden die folgenden Sätze angefügt:

„§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 Satz 1 bis 4, § 33 Abs. 2 Satz 3 und § 60 sind auch dann anzuwenden, wenn die in diesen Vorschriften genannten Leistungen nicht jeweils einzeln vergütet werden. Für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist, gilt § 40 Abs. 6 und 7 entsprechend; Satz 2 gilt nicht.“

15. Im Dritten Kapitel wird der Sechste Abschnitt wie folgt gefaßt:

„Sechster Abschnitt

Gestaltungsleistungen

§ 53

Selbstbehalt

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, daß Versicherte, die Kostenerstattung in Anspruch

nehmen (§ 13), jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 Abs. 2 Satz 2 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1 sind für diese Versicherten entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe des Selbstbehaltes und der damit verbundenen Beitragsermäßigung.

§ 54

Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Satzung regelt die Höhe des Rückzahlungsbetrages einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile. Der Rückzahlungsbetrag wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 55

Zuzahlungen

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, für alle Versicherten dieser Krankenkasse erhöhen; eine Staffelung innerhalb einer Zuzahlungsart ist nicht zulässig. Die Einführung neuer Zuzahlungen ist nur zulässig bei satzungsgemäßen Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2); sie ist nicht zulässig für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 56

Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen für alle bei ihr Versicherten erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung kraft oder auf Grund Gesetzes oder Satzung ausgeschlossene Leistungen vorsehen. Soweit das Vierte Kapitel die Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern regelt (§ 69), ist die Inanspruchnahme dort nicht genannter Leistungserbringer nicht zulässig.

(3) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz (§§ 28 bis 30a), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§ 58 und § 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18, 20 Abs. 2) können nicht erweitert werden. Ausgenommen sind ärztliche Leistungen, die die Bundesausschüsse nach § 135 Abs. 1 Satz 4 benannt haben.

(4) Die kostendeckenden Beiträge für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sind von den Mitgliedern dieser Krankenkasse zu tragen; eine Pauschalierung ist zulässig. Diese Beiträge sind nicht Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Die Leistungen sind satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2).“

16. In § 60 Abs. 2 Satz 1 und 3 wird die Angabe „20“ jeweils durch die Angabe „25“ ersetzt.

17. § 61 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird hinter dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und das Wort „Hilfsmitteln“ eingefügt.

b) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu dem Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 einen Betrag in gleicher Höhe zu übernehmen und“.

18. § 62 Abs. 2a wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zum Festzuschuß nach § 30 einen anteiligen Betrag zu übernehmen. Sie erstattet dem Versicherten den Betrag, um den der Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegränze übersteigt. Die Gesamterstattung umfaßt höchstens einen Betrag in Höhe des zweifachen Festzuschusses nach § 30 Abs. 1.“

19. Nach § 62 wird folgender § 62a eingefügt:

„§ 62a

Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3 sowie § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1999 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepaßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche-Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche-Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beiträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die nach Absatz 1 angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis zum 15. März des Kalenderjahres, in dem die Anpassung zu erfolgen hat, erstmals bis zum 15. März 1999, im Bundesanzeiger bekannt.“

20. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Überschrift:

„Zehnter Abschnitt

Weiterentwicklung der Versorgung“.

21. Die §§ 63 bis 65 werden wie folgt gefaßt:

„§ 63

Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hier-nach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels dieses Buches und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können 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 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können, soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Im übrigen können die Kran-

kenkassen und ihre Verbände mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten. Dabei können Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie zur Festlegung einer Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte getroffen werden. In den Vereinbarungen sind Regelungen zu treffen, daß ein Modellvorhaben zustande kommt, wenn mindestens 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, die Durchführung des Modellvorhabens befürworten. § 89 Abs. 1 gilt nicht.

(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets nach den §§ 84 und 85 oder außerhalb der Krankenhausbudgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten mit dem Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfaßt, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, daß der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, daß die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

§ 65

Auswertung der Modellvorhaben

Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der

Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.“

22. Die §§ 67 und 68 werden aufgehoben.

23. Dem § 73 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Über die Erbringung der ärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 4, die von einer Krankenkasse nach § 56 Abs. 1 oder 2 als Satzungsleistung vorgesehen sind, schließen die Partner der Gesamtverträge Vereinbarungen.“

24. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a

Strukturverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; § 71 Abs. 1 gilt. Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. Das Budget umfaßt Aufwendungen für die von beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen; in die Budgetverantwortung können die veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig.

(2) Die Vertragspartner der Verträge nach § 82 Abs. 1 können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen nach Absatz 1 treffen, die von den Vertragspartnern nach Absatz 1 unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden können. Sie schaffen in den Bestimmungen der Bundesmantelverträge die Voraussetzungen zur Durchführung der Verträge nach Absatz 1.“

25. § 75 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.“

26. In § 76 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von

Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.“

27. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 haben die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln getrennt zu vereinbaren; § 71 Abs. 1 gilt entsprechend. Vereinbarungen nach Satz 1 lösen das Budget nach Absatz 1 ab. Die Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel auch gemeinsam festgesetzt werden.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

c) In Absatz 5 werden die Wörter „Vereinbarungen für das Folgejahr“ durch das Wort „Folgevereinbarungen“ ersetzt.

28. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung wird auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach vereinbarten Punktwerten festgesetzt. In der Vereinbarung nach Satz 2 werden Werte für das arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt bestimmt. Das Regelleistungsvolumen wird bestimmt nach den Kriterien Fallwert, Fallzahl, bedarfsgerechte Versorgung, Zahl und Altersstruktur der Versicherten sowie Kriterien zur Begrenzung der Menge der erbrachten Leistungen auf das medizinisch Notwendige. Die Arztgruppen werden bestimmt unter Berücksichtigung der Gebiete und Teilgebiete des Weiterbildungsrechts; dies gilt entsprechend für die nach § 135 Abs. 2 zu vereinbarenden Qualifikationsnachweise sowie für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) des Weiterbildungsrechts, sofern der umfaßte Leistungsbereich einen Praxisschwerpunkt in der vertragsärztlichen Versorgung darstellt. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, wird der vereinbarte Punktwert bei der Vergütung dieser Mehrleistungen abgestaffelt; für einen besonderen medizinischen Versorgungsbedarf kann hiervon abgewichen werden. Die Vereinbarung nach Satz 2 bestimmt die Stufen und die Höhe der Abstufung. Für Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung sind die Werte für das Regelleistungsvolumen zusammenzufassen; die Bildung ärztlicher Zusammenschlüsse ist zu unterstützen. Abweichend von Satz 2 kann die Gesamtvergütung als Festbetrag, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemess-

sene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Die Sätze 3 bis 8 und 11 gelten nicht für Vertragszahnärzte.“

b) Absatz 2a wird aufgehoben.

c) Nach Absatz 2b wird folgender Absatz eingefügt:

„(2c) Die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 können vereinbaren, daß für die Gesamtvergütungen getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen zugrunde gelegt werden; sie können auch die Grundlagen für die Bemessung der Vergütungsanteile regeln. § 89 Abs. 1 gilt nicht.“

d) In Absatz 4a wird Satz 2 aufgehoben.

e) Die Absätze 4b bis 4f werden aufgehoben.

29. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, daß sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, können Obergrenzen vorgesehen werden; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden.“

b) In Absatz 2b werden die Sätze 3 bis 5 aufgehoben.

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

„§ 87a

Zahlungsanspruch bei Zahnersatz

Abrechnungsgrundlage für die Versorgung mit Zahnersatz nach § 30 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei vertragszahnärztlichen Versorgungsformen bis zum 31. Dezember 1999 auf das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist der Zahlungsanspruch nach Satz 2 für die dort genannte Dauer auf das 1,86fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes begrenzt. Die zeitliche Befristung des Zahlungsanspruchs nach Satz 2 gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2.“

31. § 88 wird wie folgt gefaßt:

„§ 88

Vergütungen außerhalb von Zahnersatz

Zahntechnische Leistungen, die bei Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichts-

schädels, bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädischer Behandlung von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.“

32. § 89 Abs. 7 und 8 wird aufgehoben.

33. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 werden nach dem Wort „Hilfsmitteln“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Wörter „und häuslicher Krankenpflege“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer und der Apotheker sowie den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111a Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.“

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz eingefügt:

„(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz eingefügt:

„(7) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung und

2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

- f) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8.

34. In § 95 Abs. 9 Satz 2 werden nach dem Wort „Zulassungsverordnungen“ die Wörter „und die Richtlinien der Bundesausschüsse“ eingefügt.

35. § 101 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummern angefügt:

„4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets ausüben will und sich die Partner der Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,

5. Regelungen für die Anstellung eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.“

- bb) Satz 5 wird gestrichen.

- b) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:

„(2) Die Bundesausschüsse haben die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 3 und 4 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt,

3. zur Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung oder

4. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung.

Bei Anpassungen oder Neufestlegungen ist die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen.

(3) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 erhält der Arzt eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. Die Beschränkung und die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Endet die Beschränkung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet. Im Falle der Praxisfortführung nach § 103 Abs. 4 ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung des in Absatz 1 Nr. 4 genannten Arztes erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. Für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.“

36. Dem § 103 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.“

37. § 104 wird wie folgt geändert:

In § 104 Abs. 2 werden die Wörter „über die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie“ gestrichen.

38. In § 106 Abs. 3 Satz 5 werden die Angaben „den §§ 29, 30 und 64“ durch die Angabe „§ 64“ ersetzt.

39. Nach § 108 wird folgender § 108a eingefügt:

„§ 108a

Krankenhausgesellschaften

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluß von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören.“

40. Nach § 111 wird folgender § 111a eingefügt:

„§ 111a

Rahmenempfehlungen über
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 gemeinsam Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sowie ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen abgeben; für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. In den Empfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
2. ein Katalog von Indikationen,
3. die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten,
4. aus medizinischen Gründen notwendige Abweichungen von der gesetzlichen Regeldauer von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
5. Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,
6. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,
7. Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
8. Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens.

Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zu der Regelung nach Satz 2 Nr. 5 auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen.“

41. In § 115a Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§ 18a“ durch die Angabe „§ 18a Abs. 1“ ersetzt.

42. In § 115b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 135 Abs. 3 zu berücksichtigen.“

43. In § 120 Abs. 4 wird die Angabe „§ 18a“ durch die Angabe „§ 18a Abs. 1“ ersetzt.

44. § 122 wird aufgehoben.

45. § 125 wird wie folgt gefaßt:

„§ 125

Rahmenempfehlungen und Verträge

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.“

46. § 128 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

47. § 132 wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden die Wörter „häuslicher Krankenpflege und“ gestrichen.
2. In Absatz 1 werden die Wörter „von häuslicher Krankenpflege und“ gestrichen.

48. Nach § 132 wird folgender § 132a eingefügt:

„§ 132a

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluß der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
2. Eignung der Leistungserbringer,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung und
6. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“

49. § 134 Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

50. § 135 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in

Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Die Bundesausschüsse überprüfen die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, daß diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Bundesausschüsse können auch Leistungen benennen, die den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 nicht in vollem Umfang entsprechen.“

b) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:

„(2) Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, Übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.“

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

51. Nach § 137 werden die folgenden §§ 137a und 137b eingefügt:

„§ 137a

Qualitätssicherung
ärztlicher Leistungen im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam legen in Empfehlungen die ärztlichen Leistungen fest, für die besondere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung und ihres Ergebnisses unter Berücksichtigung der ärztlichen Qualifikation vorzusehen sind.

(2) Für die Leistungen, deren Qualität nach Absatz 1 gesichert werden soll, beschließt die Bundesärztekammer Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen, soweit sie die ärztliche Berufsausübung betreffen. Bei der Entwicklung der Anforderungen ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben eine Rahmenempfehlung nach § 112 Abs. 5 über die Umsetzung der Anforderungen ab. Die Vereinbarung enthält auch Empfehlungen über die Prüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die nach § 137 Satz 4 beteiligten Ärztekammern sowie über die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 137b

Arbeitsgemeinschaft zur
Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.“

52. In § 175 Abs. 4 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz oder verändert sie Leistungen, über deren Art und Umfang sie entscheiden kann, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung oder der Leistungsveränderung folgenden Kalendermonats möglich.“

53. § 266 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung),“ durch die Wörter „eine stationäre Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1)“ ersetzt.

- b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Bundesminister“ durch die Wörter „Das Bundesministerium“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 werden das Komma gestrichen und folgende Wörter angefügt:

„einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen,“.

cc) In Nummer 5 werden die Wörter „Verzinsung bei Verzug“ durch die Wörter „Erhebung von Säumniszuschlägen“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 7 wird folgender neuer Absatz 8 eingefügt:

„(8) Für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht geleistet werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrags zu zahlen.“

- d) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.

54. In § 275 Abs. 3a werden die Wörter „oder zu den Pflegestufen nach §§ 4 und 9 der Pflege-Personalregelung“ gestrichen.

55. § 303 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „ab 1. Januar 1995“ gestrichen.

- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.“

56. § 305 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen unterrichten die Versicherten schriftlich über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Satz 1 gilt auch für Vertragszahnärzte. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 in den Bundesmantelverträgen. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Abschluß der Krankenhausbehandlung über die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag.“

57. § 310 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „9“ durch die Zahl „14“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die in Satz 1 genannten Zuzahlungsbeträge gilt § 62a entsprechend.“

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

In § 30 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird die Angabe „50 vom Hundert“ durch die Angabe „45 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 3

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 Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518), wird wie folgt geändert:

1. § 8 Abs. 3 wird aufgehoben.
2. In § 48 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 42 Abs. 1“ die Wörter „sowie nach § 56 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Dem § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch Artikel 67 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die ärztliche Betreuung umfaßt auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.“

Artikel 5

Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995

In Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) wird die Angabe „1999“ durch die Angabe „2001“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Dem § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1996 (BGBl. I S. 2110) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die ärztliche Betreuung umfaßt auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.“

Artikel 7

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. Juli 1996 (BGBl. I S. 1024), wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 6 wird Satz 3 aufgehoben.
 - b) In Absatz 9 Satz 3 wird das Wort „Verzugszinsen“ durch das Wort „Säumniszuschläge“ ersetzt.
2. In § 19 Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „Verzugszinsen“ durch das Wort „Säumniszuschläge“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. November 1996 (BGBl. I S. 1631), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 28 bleibt unberührt.“
2. § 10 wird aufgehoben.
3. In § 16 Satz 1 werden in Nummer 7 der Punkt nach dem Wort „Krankenhäuser“ durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen.“
4. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2a werden die Sätze 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozial-

gesetzbuch gilt 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. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzungen betroffen sind. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankengesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankengesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegegesetzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn eines folgenden Kalenderjahres aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankengesellschaft ist möglich, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma nach dem Wort „hinausgehen“ durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen.

c) Nach Absatz 4a wird folgender neuer Absatz eingefügt:

„(4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegefähigkeitskosten für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt.“

5. In § 18 Abs. 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Schiedsstelle“ die Angabe „nach § 18a Abs. 1“ eingefügt.

6. Dem § 18a wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Schiedsstelle; diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung zugewiesenen Aufgaben. Die Schiedsstelle besteht

aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden. Absatz 3 gilt entsprechend. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 8 bis zum 31. August 1997 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

7. In § 18b Abs. 1 Satz 5 wird nach dem Wort „Schiedsstelle“ die Angabe „nach § 18a Abs. 1“ eingefügt.

8. § 19 Abs. 2 wird aufgehoben. Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

9. In § 29 werden die Absätze 3 bis 5 gestrichen.

Artikel 9

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Artikel 14 Abs. 3 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1986) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beteiligen sich die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionsprogrammen nach Absatz 2 in den Jahren 1995 bis 1997 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von acht Deutsche Mark und in den Jahren 1998 bis 2014 in Höhe von elf Deutsche Mark für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage.“

Artikel 10

Maßgaben zur Anwendung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996

Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vom 29. April 1996 (BGBl. I S. 654) ist mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. Anstelle von § 1 Abs. 1 Satz 2 bis 4 ist folgende Fassung anzuwenden:

„Der Gesamtbetrag darf nicht höher sein als die Berechnungsgrundlage nach § 2 für das Jahr 1995, erhöht um 1,106 vom Hundert im Beitrittsgebiet und 0,855 vom Hundert im übrigen Bundesgebiet; die Beträge nach Absatz 2 sind zusätzlich einzurechnen.“

2. § 3 Abs. 2 Satz 1 ist in folgender Fassung anzuwenden:

„Mehrerlöse auf Grund von Transplantationen, die gegenüber dem Vorjahr zusätzlich erbracht wurden, werden zu 50 vom Hundert, Mehrerlöse auf Grund der Behandlung von Blutern werden nicht ausgeglichen; andere Erlöse einschließlich der Ausgleichs nach § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 sind vollständig auszugleichen, soweit sie den Gesamtbetrag nach § 1 abzüglich der darin enthaltenen Entgelte für Transplantationen und die Behandlung von Blutern überschreiten.“

3. § 3 Abs. 3 ist über den 31. Dezember 1996 hinaus anzuwenden.

Artikel 11

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 619), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 werden in Nummer 3 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 gestrichen.

2. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefaßt:

„(1) Maßstab für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch); § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt 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 Veränderungsrate ist für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt zu vereinbaren; für das Beitrittsgebiet ist eine Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zusätzlich einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung für das folgende Kalenderjahr bis zum 30. September nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die voraussichtliche Veränderungsrate fest.

(2) Bei der Vereinbarung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene nach § 16 Abs. 1 darf die Veränderungsrate nach Absatz 1 nicht überschritten werden.“

- b) In Absatz 3 wird Satz 1 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus darf die Veränderungsrate nach Absatz 1 nur überschritten werden, soweit

1. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,
2. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes oder
3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

dies erforderlich machen. Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend für Hochschulkliniken, wenn die nach Landesrecht zuständigen Stellen zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen beschlossen oder genehmigt haben, und für Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die zusätzlichen Kapazitäten für medizinische Leistungen den Festlegungen des Versorgungsvertrages entsprechen. Übersteigt die von den Tarifvertragsparteien vereinbarte lineare Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag die nach Absatz 1 vereinbarte Veränderungsrate, wird das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 entsprechend.“

3. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefaßt:

„4. Kosten für die Instandhaltung der Anlagegüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung; die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind für die Jahre 1997 bis 1999 pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Budgets einzurechnen, wie es ohne Ausgleich, Berichtigungen und Zuschläge und nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird in diesem Zeitraum ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben.“

- b) In Absatz 2 wird Satz 2 Nr. 2 gestrichen.

4. § 11 Abs. 8 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„werden Mehrerlöse zu 75 vom Hundert und Mindererlöse zu 50 vom Hundert ausgeglichen.“

- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Mehrerlöse bei Entgelten mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können die Vertragsparteien nach § 6 Abs. 1 Satz 1 einen oder mehrere niedrigere Vomhundertsätze vereinbaren, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande,

setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Vorhundertssatz fest.“

- c) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „nach § 11 Abs. 2 Satz 3“ gestrichen.
5. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 4 Satz 1 erster Halbsatz werden die Wörter „Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert“ ersetzt durch die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrerlöse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert“.
- c) In Absatz 5 Satz 7 werden die Wörter „mit 75 vom Hundert“ ersetzt durch die Wörter „bei Mindererlösen mit 50 vom Hundert, Mehrerlösen bis zur Höhe von 5 vom Hundert mit 85 vom Hundert und Mehrerlösen über 5 vom Hundert mit 90 vom Hundert“.
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.
- e) In Absatz 7 wird folgender neuer Satz 1 eingefügt:
„Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden.“
6. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:
„(10) In den Jahren 1997 bis 1999 wird zur Finanzierung der pauschalierten Instandhaltungskosten nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ein Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 1,1 vom Hundert der Entgelthöhe berechnet.“
7. § 17 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 5 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Halbsätze angefügt:
„die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren den einheitlichen Aufbau der zu übermittelnden Datensätze; für die Verbindlichkeit der Vereinbarung gilt § 17 Abs. 2a Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“
- b) In Satz 8 wird die Angabe „31. Mai“ ersetzt durch die Angabe „31. August“.
8. § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 3 erster Halbsatz wird durch folgenden Halbsatz ersetzt:
„Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.“
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.“
9. § 28 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 5 werden nach der Angabe „(BGBl. I S. 2266)“ die Wörter „und nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996“ eingefügt.
- b) Absatz 8 wird wie folgt gefaßt:
„(8) Bezugsgröße für die Einhaltung der Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 und 3 ist für das Jahr 1997 der nach § 1 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vereinbarte Gesamtbetrag. Von diesem sind abzuziehen die Anteile für das ambulante Operieren, 90 vom Hundert der Anteile für vor- und nachstationäre Behandlung und 67 vom Hundert des Erhöhungsbetrags, der auf Grund des § 1 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 in den Gesamtbetrag eingerechnet wurde, sowie außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 1997 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt. Hinzuzurechnen sind die Veränderungen der Abzugsbeträge für wahlärztliche Leistungen und gesondert berechenbare Unterkunft nach § 7 Abs. 2, soweit die veränderten Vorgaben noch nicht umgesetzt worden sind. Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge, die in dem Gesamtbetrag berücksichtigt sind, sind herauszurechnen. Der Betrag nach Abschnitt K 5 Nr. 9 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung darf für das Jahr 1997 nicht höher sein, als die nach den Sätzen 2 bis 4 berichtigte und um den Vorhundertssatz nach Absatz 13 Satz 1 erhöhte Bezugsgröße; dies gilt nicht für die Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 3 Satz 1, auch soweit diese bei Fallpauschalen- und Sonderentgeltleistungen zu Kostenerhöhungen führen.“
- c) In Absatz 10 Satz 4 werden die Wörter „Mehr- oder Mindererlöse zu 75 vom Hundert“ ersetzt durch die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrerlöse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert“.
- d) Nach Absatz 12 wird folgender Absatz angefügt:
„(13) Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 3 beträgt die Veränderungsrate für das Jahr 1997 für das Beitrittsgebiet 2,3 vom Hundert und für das übrige Bundesgebiet 1,3 vom Hundert. Abweichend von § 6 Abs. 3 sind für das Jahr 1997 für die Finanzierung der pauschalierten Instandhaltung 1,1 vom Hundert zusätzlich zu berücksichtigen.“
10. In Anlage 3 wird Abschnitt K 5 wie folgt geändert:
- a) Folgende neue Nummer 13 wird eingefügt:
„13. Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4“.
- b) Die Nummer 16 „Wagniszuschlag nach § 12 Abs. 6 Satz 5“ wird gestrichen.
- c) Die bisherigen Nummern 13 bis 15 werden die Nummern 14 bis 16.

Artikel 12**Änderung der Abgrenzungsverordnung**

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 2 Nr. 3 wird aufgehoben.
2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4**Instandhaltungskosten**

(1) Instandhaltungskosten sind die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch das Anlagegut in seiner Substanz nicht wesentlich vermehrt, in seinem Wesen nicht erheblich verändert, seine Nutzungsdauer nicht wesentlich verlängert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus nicht deutlich verbessert wird.

(2) Die Instandhaltungskosten nach Absatz 1 werden unter den Voraussetzungen des § 17 Abs. 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pauschal finanziert, wenn

1. in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder
2. Außenanlagen

vollständig oder überwiegend ersetzt werden (Verzeichnis III der Anlage). Für die Beurteilung des überwiegenden Ersetzens sind Maßnahmen, die im Rahmen eines einheitlichen Vorhabens in einem Zeitraum bis zu drei Jahren durchgeführt werden, zusammenzurechnen.“

Artikel 13**Aufhebung der Pflege-Personalregelung**

Die Pflege-Personalregelung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620), wird aufgehoben.

Artikel 14**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 102 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512, 2436), wird wie folgt geändert:

1. § 16a wird gestrichen.
2. In § 16b Abs. 1 wird der Satz 4 gestrichen.
3. In § 32b Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „desselben Fachgebietes“ eingefügt.
4. In § 32b Abs. 2 wird der Satz 3 gestrichen.

Artikel 15**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 103 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512, 2436), wird wie folgt geändert:

1. § 16a wird gestrichen.
2. In § 16b Abs. 1 wird der Satz 4 gestrichen.
3. In § 32b Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Zahnärzte“ die Wörter „desselben Fachgebietes“ eingefügt.
4. In § 32b Abs. 2 wird der Satz 3 gestrichen.

Artikel 16**Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

Die auf den Artikeln 7, 11, 12, 14 und 15 beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 17**Übergangsvorschriften****§ 1**

Den Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 1997 sind die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung dieses Gesetzes zugrunde zu legen.

§ 2

In den Jahren 1997, 1998 und 1999 haben die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von jährlich 20 Deutsche Mark selbst zu tragen. Dies gilt nicht, wenn das Mitglied nach § 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Zuzahlungen befreit ist. Die Zahlungspflicht entfällt für Mitglieder, die ihren Wohnsitz in einem Land haben, in dem nach § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Pflegesatzfähigkeit von Instandhaltungskosten entfallen ist. Das Nähere regelt die Satzung.

§ 3

Sofern der Zulassungsausschuß bis zum 1. Juli 1997 nach § 32b Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte dem Vertragsarzt die Anstellung eines Arztes genehmigt hat, ist der Vertragsarzt nicht zur Leistungsbeschränkung verpflichtet. Die ganztags beschäftigten Ärzte sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mit dem Faktor 1, die halbtags beschäftigten Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzurechnen. Die Sätze 1 und 2 gelten für Vertragszahnärzte entsprechend.

Artikel 18**Änderung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes**

In Artikel 3 Satz 1 des Ersten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1518) wird die Angabe „8. Oktober 1996“ durch die Angabe „11. März 1997“ ersetzt.

Artikel 19**Inkrafttreten**

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar 1996 tritt Artikel 10 in Kraft.

(2) Mit Wirkung vom 15. November 1996 (Tag der ersten Lesung) tritt Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe b bis d in Kraft.

(3) Mit Wirkung vom 1. Januar 1997 treten Artikel 1 Nr. 12, Artikel 8 Nr. 4 Buchstabe c und die Artikel 11 bis 13 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 6, 17 Buchstabe b, Nr. 18, 30 bis 32, 38 und 50 Buchstabe c tritt in Kraft, sobald alle Festzuschüsse nach § 30a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Artikels 1 dieses Gesetzes im Bundesanzeiger veröffentlicht sind. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Tag des Inkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.

(5) Am 1. Januar 1998 tritt Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a in Kraft.

(6) Im übrigen tritt das Gesetz am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und wird im Bundesgesetzblatt verkündet.

Berlin, den 23. Juni 1997

Der Bundespräsident
Roman Herzog

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister für Gesundheit
Horst Seehofer

**Vierte Verordnung
zur Änderung seeverkehrsrechtlicher Vorschriften*)**

Vom 24. Juni 1997

Auf Grund des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 4 und 6, Satz 2, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 sowie des § 9c des Seeaufgabengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. September 1994 (BGBl. I S. 2802), § 9 geändert durch Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. Juni 1995 (BGBl. I S. 778), verordnet das Bundesministerium für Verkehr:

Artikel 1

Änderung der Wachdienst-Verordnung

Die Wachdienst-Verordnung vom 15. Oktober 1984 (BGBl. I S. 1282) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt gefaßt:

„§ 1

Anwendung

(1) Für den Wachdienst auf Seeschiffen, welche berechtigt sind, die Bundesflagge zu führen, gelten

1. das Internationale Übereinkommen von 1978 über Normen für die Ausbildung, die Erteilung von Befähigungszeugnissen und den Wachdienst von Seeleuten (BGBl. 1982 II S. 297) und die mit Entschlüssen 1 und 2 zur Schlußakte der Konferenz der Mitgliedstaaten der Internationalen Seeschiffahrts-Organisation am 7. Juli 1995 angenommenen Änderungen der Anlage zu diesem Übereinkommen (BGBl. 1997 II S. 1118), im folgenden Übereinkommen genannt,

2. im Anwendungsbereich des Übereinkommens außerdem ergänzend die §§ 2 bis 7 dieser Verordnung

mit der Maßgabe, daß die verbindlichen Normen bezüglich des Wachdienstes im Teil A Kapitel VIII des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen anzuwenden und die empfohlenen Anleitungen bezüglich des Wachdienstes im Teil B Kapitel VIII des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen zu berücksichtigen sind.

(2) Als Kriegsschiffe und Schiffe im Staatsdienst nach Artikel III Buchstabe a des Übereinkommens gelten Schiffe der Bundeswehr, sonstige Schiffe im Bundes- oder Landesdienst einschließlich der Schiffe im Lotsenversetzdienst sowie Schiffe der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Als Vergnügungsjachten nach Artikel III Buchstabe c des Übereinkommens gelten alle nicht gewerbsmäßig verwendeten Sport- und Vergnügungsfahrzeuge.“

2. § 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 2

Verantwortung des
Unternehmers für den Wachdienst

Der für den Betrieb des Schiffes im Sinne der Regel I/1.23 der Anlage zum Übereinkommen Ver-

antwortliche hat dafür Sorge zu tragen, daß die mit dem Wachdienst beauftragten Besatzungsmitglieder auf seinem Schiff mit ihren besonderen Aufgaben sowie mit allen Anordnungen, Einrichtungen, Anlagen, Verfahren und Merkmalen des Schiffes vertraut gemacht werden, die sich auf die üblichen Aufgaben oder auf Aufgaben in Notfällen beziehen.“

3. Folgender neuer § 3 wird eingefügt:

„§ 3

Vorkehrungen für den Wachdienst

Der Kapitän muß ausreichende Vorkehrungen für den Wachdienst treffen, damit eine sichere Wache unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände und Bedingungen gewährleistet ist. Unter der allgemeinen Verantwortung des Kapitäns

1. sind die nautischen Wachoffiziere für die sichere Führung des Schiffes während ihrer Wache verantwortlich; sie haben auf der Brücke oder in einem unmittelbar daneben liegenden Raum, wie etwa dem Karten- oder Brückenkontrollraum, jederzeit persönlich anwesend zu sein;
2. sind die Personen, die die Funktätigkeit ausüben, während ihrer Wache für die Aufrechterhaltung einer ununterbrochenen Funkwache auf den entsprechenden Frequenzen verantwortlich;
3. müssen die technischen Wachoffiziere unter der Verantwortung des Leiters der Maschinenanlage unverzüglich und auf Abruf erreichbar sein, um die Maschinenräume aufzusuchen. Während der Zeiten, in denen die technischen Wachoffiziere die Verantwortung tragen, müssen sie jederzeit erreichbar sein;
4. muß eine geeignete und wirksame Wache zur Gewährleistung der Schiffssicherheit aufrechterhalten bleiben, während das Schiff vor Anker liegt oder festgemacht hat; befördert das Schiff gefährliche oder umweltschädliche Güter, muß die Aufstellung einer solchen Wache oder solcher Wachen außerdem der Art, der Menge, der Verpackung und der Stauung der gefährlichen oder umweltschädlichen Güter sowie allen besonderen Umständen an Bord, auf der umliegenden Wasseroberfläche oder an Land Rechnung tragen.“

4. Der bisherige § 3 wird § 4 und wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „der nautische Wachoffizier muß“ die Wörter „mit besonderer Sorgfalt“ eingefügt und in Nummer 1 die Wörter „auf dem Revier und“ gestrichen.
- b) In Satz 2 werden die Wörter „Seestraßenordnung (BGBl. 1977 I S. 813)“ durch die Wörter „Anlage zu § 1 der Verordnung zu den Internationalen Regeln von 1972 zur Verhütung von Zusammenstößen auf See vom 13. Juni 1977 (BGBl. I S. 813), zuletzt geändert durch Artikel 4 Nr. 6 der Verordnung vom 7. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3744), in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

*) Artikel 2 Nr. 1 dient der Umsetzung der Richtlinie 96/39/EG der Kommission vom 19. Juni 1996 zur Änderung der Richtlinie 93/75/EWG des Rates über Mindestanforderungen an Schiffe, die Seehäfen der Gemeinschaft anlaufen oder aus ihnen auslaufen und gefährliche oder umweltschädliche Güter befördern (ABl. EG Nr. L 196 S. 7).

5. Der bisherige § 4 wird § 5 und wie folgt geändert:
- In Satz 1 Nr. 1 werden die Wörter „auf dem Revier und“ gestrichen.
 - Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:
„Bei Gebrauch der Selbststeueranlage auf dem Revier muß sich ein Rudergänger in der Nähe des Ruders aufhalten.“

6. Der bisherige § 5 wird § 6.

7. Nach § 6 wird folgender neuer § 7 eingefügt:

„§ 7

Durchführung von Erprobungen

Die See-Berufsgenossenschaft kann auf Antrag im Einzelfall Erprobungen zulassen, die während eines begrenzten Zeitraums durchgeführt werden und die gegebenenfalls unter Einbeziehung automatischer oder integrierter Systeme dazu dienen, Alternativverfahren für die Durchführung bestimmter in dem Übereinkommen vorgeschriebener Aufgaben oder die Erfüllung bestimmter in dem Übereinkommen vorgeschriebener Anordnungen zu bewerten, die mindestens denselben Grad an Sicherheit und Verschmutzungsverhütung bieten wie im Übereinkommen vorgesehen.“

8. Der bisherige § 6 wird § 8 und wie folgt geändert:
Die Angabe „den §§ 2 bis 5“ wird durch die Wörter „dieser Verordnung“ ersetzt.

9. Der bisherige § 7 wird § 9 und in Absatz 1 wie folgt gefaßt:

„(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über die Aufgaben des Bundes auf dem Gebiet der Seeschifffahrt handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

- entgegen § 2 nicht dafür Sorge trägt, daß die Wachleute mit ihren besonderen Aufgaben vertraut gemacht werden,
- entgegen § 3 Satz 1 eine Vorkehrung nicht trifft,
- entgegen § 4 Satz 1 oder § 5 Satz 1 den Ausguck oder das Ruder nicht oder nicht rechtzeitig besetzt,
- entgegen § 5 Satz 2 oder 3 nicht sicherstellt, daß auf Handsteuerung übergegangen werden kann oder das Umschalten von Selbststeuerung auf Handsteuerung oder umgekehrt nicht vornimmt und nicht beaufsichtigt,
- entgegen § 6 die Ausführung der Ruder- oder Maschinenkommandos oder der Ankermanöver nicht überwacht,
- entgegen Regel Teil A Kapitel VIII/2 Nr. 10 des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen für einen sicheren technischen Wachdienst nicht sorgt,
- als Kapitän oder nautischer oder technischer Wachoffizier entgegen Regel Teil A Kapitel VIII/2 Nr. 11 des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen nicht alle möglichen Vorsichtsmaßnahmen

trifft, um eine betriebs- oder unfallbedingte Verschmutzung der Meeresumwelt zu verhindern,

8. als nautischer Wachoffizier entgegen Regel Teil A Kapitel VIII/2 Nr. 24 des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen den gesteuerten Kurs, die Position des Schiffes oder die Geschwindigkeit nicht oder nicht rechtzeitig überprüft oder eine Navigationshilfe nicht verwendet,

9. entgegen Regel Teil A Kapitel VIII/2 Nr. 49 Satz 3 des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen die Position oder die Fortbewegung des Schiffes nicht unter Kontrolle hält oder

10. entgegen Regel Teil A Kapitel VIII/2 Nr. 69 Satz 2 oder 3 des Anhangs der Anlage zum Übereinkommen Haupt- oder Hilfsmaschinen nicht überwacht oder nicht dafür sorgt, daß die Maschinenräume begangen und die Ruderanlage kontrolliert werden.“

10. Der bisherige § 8 wird gestrichen.

11. Der bisherige § 9 wird § 10.

Artikel 2

Änderung der Anlaufbedingungsverordnung

Die Anlage zu § 1 Abs. 1 der Anlaufbedingungsverordnung vom 23. August 1994 (BGBl. I S. 2246), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt geändert:

- In Unternummer 4 werden die Wörter „Verordnung vom 13. Juli 1993 (BGBl. II S. 993)“ durch die Wörter „Verordnung vom 19. Juni 1996 (BGBl. II S. 977)“ ersetzt.
- In Unternummer 6 werden die Wörter „Bundesanzeiger Nr. 98a vom 1. Juli 1991“ durch die Wörter „Bundesanzeiger Nr. 158a vom 23. August 1995“ ersetzt.
- In Unternummer 7 werden nach dem Wort „befördern“ die Wörter „, geändert im Bundesanzeiger Nr. 144a vom 4. Mai 1994,“ eingefügt.
- In Unternummer 8 werden nach dem Wort „befördern“ die Wörter „, geändert im Bundesanzeiger Nr. 144a vom 4. Mai 1994,“ eingefügt.

2. In Nummer 2.3 werden in Satz 1 die Wörter „, das die inneren Gewässer der Bundesrepublik Deutschland anläuft oder aus diesen ausläuft,“ gestrichen und in Satz 3 die Wörter „diese Verpflichtungen in möglichst vollem Umfange zu erfüllen.“ durch die Wörter „die in Satz 1 genannten Informationen und Angaben in möglichst vollem Umfange zu melden.“ ersetzt.

3. In Nummer 6.1 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc und Buchstabe c Doppelbuchstabe cc werden jeweils die Wörter „Länge über alles von 300 m oder einer größten Breite von 35 m und mehr“ durch die Wörter „Länge über alles von 330 m oder einer größten Breite von 45 m und mehr“ ersetzt.

Artikel 3**Änderung der Seeschiffsstraßen-Ordnung**

Die Seeschiffsstraßen-Ordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. April 1987 (BGBl. I S. 1266), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 7. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3744), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 Nr. 16 werden die Wörter „die in Anlage III“ durch die Wörter „die in der vom Bundesministerium für Verkehr im Bundesanzeiger bekanntgemachten Liste (Stoffliste)“ ersetzt.

2. § 30 wird wie folgt gefaßt:

„§ 30**Fahrbeschränkungen und Fahrverbote**

(1) Die Seeschiffsstraßen Jade, Weser, Hunte, Elbe, Nord-Ostsee-Kanal, Kieler Förde und Trave sowie die Wasserflächen der Zufahrten zu den Häfen Wismar, Rostock mit Unterwarnow, Stralsund mit Gellenstrom, Landtief und Osttief und Wolgast dürfen von den nachstehend aufgeführten Fahrzeugen, von denen aufgrund der Art der beförderten Ladung besondere Gefahren für die übrige Schifffahrt ausgehen können, nur unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen befahren werden:

1. Tankschiffen und Schub- und Schleppverbänden, welche die in der vom Bundesministerium für Verkehr im Bundesanzeiger bekanntgemachten Liste (§ 2 Abs. 1 Nr. 16) aufgeführten Stoffe als Massengut befördern,
2. leeren Tankschiffen und Schub- und Schleppverbänden nach dem Löschen der in den Nummern 2 und 3 der Liste genannten Stoffe – ausgenommen Restmengen, die bei ordnungsgemäßer Funktionsfähigkeit der Löscheinrichtungen nicht mehr gepumpt werden können – sofern der Flammpunkt der letzten Ladung unter 35 °C lag und die Tanks nicht gereinigt und entgast oder vollständig inertisiert sind,
3. leeren Tankschiffen und Schub- und Schleppverbänden im Sinne der Nummer 2, deren letzte Ladung einen Flammpunkt von 35 °C und darüber hatte, die davor jedoch Ladung mit einem niedrigeren Flammpunkt befördert haben und deren Tanks danach nicht gereinigt und entgast oder vollständig inertisiert worden sind,
4. Reaktorschiffen.

(2) Voraussetzungen für das Befahren der in Absatz 1 aufgeführten Seeschiffsstraßen sind:

1. Beim Einlaufen in die Seeschiffsstraße oder beim Verlassen einer Liegestelle muß eine Sicht von mehr als 1 000 m herrschen; dies gilt nicht für Fahrzeuge mit einer Ladefähigkeit von bis zu 2 000 t, soweit die Sicht von 500 m nicht unterschritten wird, sowie für das Befahren des Nord-Ostsee-Kanals, ausgenommen das Verlassen eines Liegeplatzes in einem Hafen, sowie für die unmittelbare Einfahrt in den oder Ausfahrt aus dem Nord-Ostsee-Kanal;

2. es muß ein einwandfrei arbeitendes Radargerät eingeschaltet sein, das bei verminderter Sicht ständig von einer fachkundigen Person zu beobachten ist;

3. das Ruder muß von einem zuverlässigen und geübten Rudergänger bedient werden. Bei Gebrauch einer Selbststeueranlage hat sich dieser Rudergänger in der Nähe des Ruders aufzuhalten; § 42 Abs. 5 und 6 bleibt unberührt.

(3) Unbeschadet des Absatzes 1 können für Fahrzeuge oder Fahrzeuggruppen schiffahrtspolizeiliche Voraussetzungen für das Befahren der Seeschiffsstraßen oder einzelner Wasserflächen von den Strom- und Schifffahrtspolizeibehörden bekanntgemacht werden.“

3. § 61 Abs. 1 Nr. 13 wird wie folgt gefaßt:

„13. entgegen § 30 eine Seeschiffsstraße oder Wasserfläche befährt,“.

4. Die Anlage III wird aufgehoben.

Artikel 4**Änderung der Verordnung über die Sicherung der Seefahrt**

Die Verordnung über die Sicherung der Seefahrt vom 27. Juli 1993 (BGBl. I S. 1417) wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „zu Hilfe zu eilen und ihnen“ die Wörter „oder dem betreffenden Such- und Rettungsdienst“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Wörter „und den betreffenden Such- und Rettungsdienst entsprechend zu unterrichten, wobei er die im Handbuch für Suche und Rettung (MERSAR) in seiner jeweils neuesten Fassung beschriebenen Empfehlungen der Internationalen Seeschiffahrts-Organisation zu berücksichtigen hat.“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „in Not befindlichen Personen“ die Wörter „, dem betreffenden Such- und Rettungsdienst“ eingefügt.

2. Folgender neuer § 8 wird eingefügt:

„§ 8**Schiffswegeföhrung – Schiffsmeldesysteme**

(1) Der Schiffsföhrer oder sonst für die Sicherheit Verantwortliche hat die Vorschriften für von der Internationalen Seeschiffahrts-Organisation (IMO) angenommene Systeme der Schiffswegeföhrung, die für die Art oder Ladung seines Schiffes als verbindlich vorgeschrieben sind, anzuwenden. Dies gilt nicht, wenn aus zwingenden Gründen ein bestimmtes System der Schiffswegeföhrung nicht benutzt werden kann. Derartige Gründe sind unverzüglich in das Schiffstagebuch einzutragen.

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz – Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. – Druck: Bundesdruckerei GmbH, Zweigniederlassung Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

- a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,
b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementsbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Postfach 13 20, 53003 Bonn
Telefon: (02 28) 3 82 08 - 0, Telefax: (02 28) 3 82 08 - 36.

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 88,00 DM. Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 2,80 DM zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Januar 1997 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Postgirokonto Bundesgesetzblatt Köln 3 99-509, BLZ 370 100 50, oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe: 7,65 DM (5,60 DM zuzüglich 2,05 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 8,65 DM.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7%.

ISSN 0341-1095

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. · Postfach 13 20 · 53003 Bonn

Postvertriebsstück · G 5702 · Entgelt bezahlt

(2) Der Schiffsführer oder sonst für die Sicherheit Verantwortliche hat die Vorschriften für von der IMO angenommene Schiffsmeldesysteme, die für die Art oder Ladung seines Schiffes als verbindlich vorgeschrieben sind, einzuhalten und der zuständigen Behörde auf Anforderung alle entsprechend dem jeweiligen Schiffsmeldesystem vorgeschriebenen Angaben unverzüglich zu melden.

(3) Das Bundesministerium für Verkehr macht die in Absatz 1 genannten Systeme der Schiffswegeführung und die in Absatz 2 genannten Schiffsmeldesysteme in den Nachrichten für Seefahrer (Amtliche Veröffentlichung für die Schifffahrt des Bundesamtes für Seeschifffahrt und Hydrographie) nachrichtlich bekannt.“

3. Folgender neuer § 9 wird eingefügt:

„§ 9

Entscheidungsfreiheit des Schiffsführers
im Interesse einer sicheren Schiffsführung

Der Schiffsführer darf nicht durch den Reeder, den Charterer oder irgendeine andere Person daran gehindert werden, eine Entscheidung zu treffen, die nach dem fachlichen Urteil des Schiffsführers für eine sichere Schiffsführung erforderlich ist, insbesondere bei schwerem Wetter und grober See.“

4. Der bisherige § 8 wird § 10 und in Absatz 1 wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

b) In Nummer 8 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende neue Nummern 9 und 10 angefügt:

- „9. § 8 Abs. 1 Satz 1 oder 3 eine dort genannte Vorschrift nicht anwendet oder eine Eintragung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt oder
10. § 8 Abs. 2 eine dort genannte Vorschrift nicht einhält oder eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.“

5. Der bisherige § 9 wird § 11.

Artikel 5

**Neufassung der
Wachdienst-Verordnung und der
Verordnung über die Sicherung der Seefahrt**

Das Bundesministerium für Verkehr kann den Wortlaut der Wachdienst-Verordnung und der Verordnung über die Sicherung der Seefahrt in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen.

Artikel 6

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am 1. Juli 1997 in Kraft. Artikel 3 tritt am 1. November 1997 in Kraft.

Bonn, den 24. Juni 1997

Der Bundesminister für Verkehr
Wissmann