

07.10.91

G - AS - FJ - FS - In

Empfehlungen

der Ausschüsse

zum

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch

Punkt der 635. Sitzung des Bundesrates am 18. Oktober 1991

Der federführende Gesundheitsausschuß (G),
der Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS),
der Ausschuß für Frauen und Jugend (FJ),
der Ausschuß für Familie und Senioren (FS) und
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In)
empfehlen dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grund-
gesetzes zu dem Gesetzentwurf die nachstehende Stellungnahme
zu beschließen:

Ausgeliefert am 08. OKT. 1991

G 1. Zum Gesetzentwurf

a) Der Bundesrat stellt fest:

Im Gegensatz zur Behauptung der Bundesregierung in der Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf, die Erfahrungen mit dem Gesundheits-Reformgesetz zeigten, daß die Reform richtig angelegt sei und sich insgesamt bewährt habe, beweist die tatsächliche Entwicklung in unserem Gesundheitswesen: Wenig mehr als zwei Jahre nach seinem Inkrafttreten ist das sog. Gesundheits-Reformgesetz in vollem Umfang gescheitert.

Die Bilanz dieses 1988 gegen allen Sachverstand im Eiltempo verabschiedeten Gesetzes macht überdeutlich, daß von dem wortreich beschworenen sog. Jahrhundertwerk nichts übrig geblieben ist. Die Praxis liefert die Beweise dafür, daß sich das sog. Gesundheits-Reformgesetz zur Lösung der zentralen Probleme in unserem Krankenversicherungswesen als völlig untauglich erwiesen hat.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes ist keiner der wesentlichen Mängel in unserem Gesundheitswesen auch nur ansatzweise behoben, geschweige denn im Kern dauerhaft beseitigt. Im Gegenteil, unser Gesundheitswesen leidet weiterhin an gravierenden System-schwächen:

(noch Ziff. 1)

- mangelnde Steuerungsinstrumente und falsche Anreizstrukturen,
- ungenügende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen,
- unzureichende Kosten- und Leistungstransparenz,
- ungleiche Versichertenrechte und eklatante Beitragssatzunterschiede trotz gleicher Kassenleistungen,
- Überkapazitäten in verschiedenen Leistungssektoren bei gleichzeitig fortdauernder Mangelversorgung in anderen Bereichen.

Die Aufgabe einer gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch fundierten Strukturreform stellt sich jetzt umso dringlicher, da auch die mit dem sog. Gesundheits-Reformgesetz angekündigten dauerhaften Entlastungseffekte für Versicherte und Krankenkassen bereits wieder vollends verpufft sind. Ein Defizit allein in den alten Bundesländern von mehr als 3,5 Mrd. DM im ersten Halbjahr 1991 und wahrscheinlichen 10 Mrd. DM bis zum Ende des Jahres läßt schon vom nächsten Jahr an Beitragssatzerhöhungen bei den Krankenkassen auf weiter Front befürchten.

Die Entwicklung belegt: Das sog. Gesundheits-Reformgesetz war von Anfang an nicht mehr als ein Abkassierungsmodell zu Lasten der Patienten und Versicherten und hat selbst als bloßes Kostendämpfungsinstrument eindeutig versagt.

- b) Der Bundesrat betont nachdrücklich, daß der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung den tatsächlichen Problemen unseres Gesundheitswesens in keiner Weise gerecht wird. Anstatt die Konsequenzen aus dem gescheiterten sog. Gesundheits-Reformgesetz zu ziehen, läßt der Gesetzentwurf bereits im Ansatz jeden Versuch vermissen, die weitere Entwicklung unseres Gesundheitswesens effektiv zu steuern und den Weg in eine neue Kostenexplosion wirksam zu bekämpfen:

539/1/91

(noch Ziff. 1)

- Der Bundesrat hält die drastische Ausweitung der Selbstbeteiligung im Arzneimittelbereich auf 15 % (höchstens 10 DM) für völlig ungeeignet, auf das offenkundige Scheitern des einstigen Herzstücks des sog. Gesundheits-Reformgesetzes - die Festbetragskonzeption - adäquat zu reagieren. Diese Regelung ist ein neuer eklatanter Verstoß gegen die soziale Symmetrie, da sie vor allem chronisch Kranke und alte Menschen trifft. Der Bundesrat spricht sich nachhaltig für eine Verschiebung dieser Regelung um 3 Jahre aus, um genügend Zeit für eine grundlegende gesetzliche Neuordnung des Arzneimittelmarktes zu gewinnen.
 - Der Bundesrat befürwortet angesichts einer derzeit noch völlig unsicheren Kostenentwicklung der Krankenkassen im Beitrittsgebiet die Beibehaltung eines einheitlichen Beitragssatzes in den neuen Ländern auch für das Jahr 1992. Es ist durch nichts zu rechtfertigen, strukturbedingte Beitragssatzunterschiede auf das Beitrittsgebiet zu übertragen, deren Abbau seit Jahren auch von der Bundesregierung wiederholt angekündigt worden ist.
 - Der Bundesrat sieht in den leistungsrechtlichen Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs erste überfällige soziale Korrekturmaßnahmen, die bereits seit Inkrafttreten des sog. Gesundheits-Reformgesetzes dringend notwendig waren. Nachbesserungen eindeutiger handwerklicher Mängel und praxisferner Bestimmungen sind indessen nach seiner Meinung kein Ersatz für ein taugliches Konzept zur erfolgreichen Bewältigung der strukturellen Herausforderungen unseres Krankenversicherungssystems.
- c) Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung nachdrücklich auf, unverzüglich einen diskussionsfähigen Gesetzentwurf vorzulegen, der ernsthafte Konsequenzen aus dem gescheiterten sog. Gesundheits-Reformgesetz zieht und die überfällige Strukturreform im Gesundheitswesen tatsächlich einleitet.

(noch Ziff. 1)

Der Bundesrat erwartet von der Bundesregierung, daß sie dabei insbesondere ihrer Verantwortung für die dauerhafte Finanzierbarkeit unseres Krankenversicherungssystems im vereinten Deutschland gerecht wird und eine tragfähige Konzeption für ein modernisiertes Krankenversicherungssystem in ganz Deutschland unterbreitet.

Für den Bundesrat bildet dabei die Neuordnung der Organisationsstrukturen der Krankenversicherung, die keinen Aufschub mehr erlaubt, einen unverzichtbaren Bestandteil der notwendigen Strukturreform. Der Bundesrat erwartet, daß die Bundesregierung hierzu den von ihr seit langem wiederholt angekündigten Gesetzesentwurf nunmehr unverzüglich vorlegt.

G 2. Zu Art. 1

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Voraussetzungen dafür herbeizuführen, daß die von der Sozialversicherung der DDR auf die gesetzliche Krankenversicherung übergegangenen Liquiditätsmittel den Krankenkassen im Beitrittsgebiet endgültig erhalten bleiben.

Begründung:

Die derzeit teilweise zu verzeichnenden Liquiditätsüberschüsse sind kein realer Gradmesser für die tatsächliche Finanzsituation der Krankenkassen im Beitrittsgebiet. Es handelt sich vielmehr um eine Augenblicksaufnahme, die systembedingte Anpassungsschwierigkeiten widerspiegelt. Nach deren Überwindung ist zu erwarten,

(noch Ziff. 2)

daß die Finanzentwicklung sich im 2. Halbjahr 1991 und im Jahre 1992 deutlich verschlechtern wird. Dies folgt zum einen daraus, daß viele Abrechnungen von Leistungserbringern bislang nicht vorgelegt worden sind. Zum anderen zeichnet sich eine starke Ausgabensteigerung in verschiedenen Leistungsbereichen, z.B. bei den Arzneimitteln, ab. Weitere Kostensteigerungen sind zu erwarten, u.a. durch die leistungsbessernden Maßnahmen, die in diesem Gesetzesentwurf vorgegeben sind. Defizite sind mithin vorgezeichnet. Sie würden den Beitragssatz der Krankenkassen entscheidend vorbelasten. Die dann erforderliche Beitragssatzsteigerung würde jedoch den Strukturwandel in den neuen Bundesländern erschweren und den eingeleiteten wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Maßnahmen zuwiderlaufen. Auch die Aufbauarbeit der Krankenkassen würde erheblich beeinträchtigt.

Ein Verzicht auf die Rückzahlung der Liquiditätshilfe wird den Druck auf den Beitragssatz erheblich mildern. Zudem ist eine solche Maßnahme geeignet, dazu beizutragen, den Menschen in den neuen Bundesländern eine Zukunftsperspektive zu geben.

G 3. Zu Art. 1 vor Nummer 1 (§ 21 Abs. 3 -neu-)

In Artikel 1 ist vor Nummer 1 folgende Nummer 01 einzufügen:

'01. In § 21 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 nicht bis zum 30. Juni 1992 zustande, werden Inhalt und Finanzierung der Gruppenprophylaxe durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt."

(noch Ziff. 3)

Begründung:

Eine Verordnungsermächtigung der Landesregierung zur Regelung der Inhalte und Finanzierung der Gruppenprophylaxe wird für erforderlich angesehen, weil der Abschluß von Rahmenvereinbarungen in diesem Bereich anders nicht in jedem Falle gewährleistet werden kann.

G

4. Zu Art. 1 Nr. 1 (§ 31 Abs. 3 Nr. 2)

Art. 1 nach Nummer 7 (§ 310 Abs. 4 Satz 2)

a) Artikel 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

'1. In § 31 Abs. 3 Nr. 2 werden die Worte "01. Januar 1992" durch die Worte "01. Januar 1995" ersetzt.'

b) In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7x einzufügen:

'7x. In § 310 Abs. 4 Satz 2 werden die Worte "31. Dezember 1991" durch die Worte "31. Dezember 1994" ersetzt.'

Begründung
zu a):

Das Gesundheits-Reformgesetz ist davon ausgegangen, daß bis zum 01.01.1992 für 80 % der Arzneimittel Festbeträge vereinbart werden können. Dieses Ziel wird nicht erreicht werden können. Bislang sind Festbeträge lediglich für ca. 30 % der Arzneimittel verwirklicht.

(noch Ziff. 4)

Mit dem Wegfall der bei den Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes aufgestellten Geschäftsgrundlage muß zwangsläufig auch die Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten auf 15 % vom 01.01.1992 an entfallen. Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Neuregelung würde zu einer nicht vertretbaren Mehrbelastung der Versicherten führen. Insbesondere Rentner wären von der Neuregelung stärker betroffen als andere Bevölkerungsgruppen. Sie würden künftig im Durchschnitt 75,80 DM im Jahr statt bisher 47,90 DM zuzahlen müssen.

Diese Gründe und die Tatsache, daß eine grundlegende Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der verfügbaren Zeit nicht möglich ist, erfordern, daß das Inkrafttreten der 15-Prozent-Eigenbeteiligung zunächst um 3 Jahre verschoben wird. Diese Zeitspanne reicht bei entsprechendem politischen Willen aus, entweder dem Festbetragskonzept doch noch zum Durchbruch zu verhelfen oder die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf andere Weise grundsätzlich neu zu strukturieren.

zu b:

Bis zu einer Anpassung der Lebensverhältnisse im Beitrittsgebiet an das Niveau im übrigen Bundesgebiet ist eine Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten für Arzneimittel im Beitrittsgebiet auf das Niveau im übrigen Bundesgebiet nicht vertretbar. Aus diesem Grund soll die derzeit geltende Zuzahlungsregelung über den 31. Dezember 1991 hinaus verlängert werden.

G 5. Zu Art. 1 Nr. 3 (§ 43 a)

In Artikel 1 Nr. 3 ist § 43 a wie folgt zu fassen:

"§ 43a

Sozialpädiatrische Behandlung

Versicherte Kinder haben Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung. Sie umfaßt ärztliche und nichtärztliche Leistungen, insbesondere auch psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen, in ihrer Auswirkung zu mildern und einen Behandlungsplan aufzustellen."

Begründung

Mit der Neufassung soll sichergestellt werden, daß die klarstellende Absicht des Gesetzentwurfes uneingeschränkt zur Geltung kommt und die neue leistungsrechtliche Vorschrift zum Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung nicht zu restriktiven Interpretationen Anlaß bietet und erneut zur Rechtsunsicherheit führt.

Grundsätzlich darf die leistungsrechtliche Vorschrift hinsichtlich des Umfangs der Leistung nicht hinter die Beschreibung der sozialpädiatrischen Behandlung in § 119 Abs. 2 SGB V, der als Folgeänderung gestrichen werden soll (vgl. Art. 1 Nr. 7 der Vorlage), zurückfallen. Danach handelt es sich bei der sozialpädiatrischen Behandlung um eine Komplexleistung mit dem Schwergewicht auf rehabilitative Elemente. Dem muß der Wortlaut der Norm gerecht werden. Die einzelnen in § 119 Abs. 2 SGB V genannten Elemente der sozialpädiatrischen Behandlung sowie insbesondere ihre in § 119 Abs. 2 SGB V beschriebene spezifische Zielsetzung sind deshalb im Einzelnen aufzuführen.

(noch Ziff. 5)

Es kann auch nicht darauf verzichtet werden, in der Anspruchsnorm auch die ärztlichen Leistungen zu nennen. Dies ist schon deshalb erforderlich, um Probleme bei der Vergütung, die nach § 120 Abs. 2 SGB V umfassend unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt, zu verhindern.

Verzichtbar dagegen ist die Hervorhebung der ärztlichen Verantwortung als Bedingung für den Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung, da sozialpädiatrische Zentren nach § 119 Abs. 1 SGB V fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung stehen müssen und die ärztliche Verantwortung auch für die **nichtärztlichen** Leistungen damit gewährleistet ist.

FJ 6. Zu Art. 1 Nr. 4 Buchst. b (§ 45 Abs. 2 Satz 2)

In

In Artikel 1 Nr. 4 Buchst. b ist § 45 Abs. 2 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

In

Die Begrenzung des Freistellungsanspruchs auf höchstens 25 Arbeitstage je Kalenderjahr, für alleinerziehende Versicherte auf 50 Arbeitstage soll entfallen. Die von der Bundesregierung vorgesehene Begrenzung erscheint im Hinblick auf kinderreiche Familien nicht sachgerecht.

(Die Begründungen schließen sich nicht aus)

FJ

§ 45 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der geltenden Fassung enthält keine Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen im Kalenderjahr. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung würde Versicherten ab drei Kindern die Möglichkeit nehmen, ihren Betreuungspflichten in dem erforderlichen Umfang nachzukommen. Damit würden diese sozial besonders zu schützenden Eltern und Alleinerziehenden von der begünstigenden Regelung ausgeschlossen werden. Gerade diese Personen sollten jedoch durch eine gesetzliche Neuregelung für dritte oder weitere Kinder ebenso erfaßt sein wie Eltern und Alleinerziehende für ein oder zwei Kinder.

539/1/91

In 7. Zu Art. 1 Nr. 4 (§ 45 Abs. 2)

In Artikel 1 Nr. 4 Buchst. b ist in § 45 Abs. 2
folgender Satz anzufügen:

Bei Annahme
entfällt
Ziff. 8

"Alleinerziehend ist der allein zur Personensorge berech-
tigte Elternteil."

Begründung:

Es ist erforderlich, den Begriff des
"Alleinerziehenden" zu definieren, und
zwar durch die Inhaberschaft des alleinigen
Personensorgerechts für das betreffende
Kind.

G 8. Zu Art. 1 Nr. 4 (§ 45 Abs. 2)

Entfällt
bei Annahme
von Ziff. 7

Grundsätzlich sollte allen alleinerziehenden Elternteilen
ein Freistellungszeitraum von 20 Arbeitstagen für ein Kind
im Kalenderjahr gewährt werden, damit sie über den Gesamt-
betreuungszeitraum wie zwei versicherte Elternteile ver-
fügen können.

In der Frage der Anspruchsberechtigung führt ein Abstellen
auf das alleinige Recht zur Personensorge nicht immer zu
befriedigenden Ergebnissen, da Ehepartner, die getrennt
leben, regelmäßig die gemeinsame Personensorge inne haben.

Selbst bis zu einer vorläufigen Anordnung, mit der bei
Einleitung des Scheidungsverfahrens einem Elternteil die
Personensorge übertragen wird, kann hier viel Zeit ver-
gehen.

(noch Ziff. 8)

In bezug auf den Krankheitsfall der Kinder befindet sich tatsächlich jedoch der Alleinerziehende, der lediglich getrennt von seinem Partner lebt, in derselben Lebenssituation wie derjenige, der bereits geschieden ist. Beide haben regelmäßig die Betreuung ihrer Kinder allein durchzuführen.

Der Bundesrat spricht sich deshalb für eine praxisgerechte Auslegung des § 45 Abs. 2 SGB V aus, damit auch Alleinerziehende, die das Personensorgerecht nicht allein innehaben, in bestimmten Fällen das verlängerte Krankengeld nach § 45 Abs. 2 SGB V in Anspruch nehmen können.

G

9. Zu Art. 1 nach Nummer 6 (§ 73 Abs. 2 Nr. 2)

a) In Artikel 1 ist nach Nummer 6 folgende Nummer 6a einzufügen:

'6a. § 73 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

"2. zahnärztliche Behandlung, kieferorthopädische Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich der Aufstellung der Behandlungs-, Heil- und Kostenpläne,"

b) Als Folge ist in Artikel 1 nach Nummer 6a -neu- folgende Nummer 6b einzufügen:

'6b. § 85 Abs. 2 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

"Für die Aufstellung der Behandlungs-, Heil- und Kostenpläne nach § 73 Abs. 2 Nr. 2 sowie für die Bescheinigung der Untersuchungen nach § 30 Abs. 5 wird keine Vergütung bezahlt."

(noch Ziff. 9)

Begründung

zu a:

Gesetzliche Klarstellung, daß die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen und Behandlungsplänen Bestandteil der kassen-zahnärztlichen Versorgung ist.

zu b:

Folgeänderung aus Nummer 6a. Insbesondere soll eine Vergütung für das Aufstellen des Heil- und Kostenplanes für Zahnersatz und für Bescheinigungen im sogenannten Bonusheft ausgeschlossen werden. Die Kosten sind mit den Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten.

G 10. Zu Art. 1 nach Nr. 6 b -neu- (§ 85 Abs. 2 Satz 6 und 7 -neu-)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 b -neu- folgende Nummer 6 c einzufügen:

'6 c. In § 85 Abs. 2 werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

"Bei der Herstellung von Zahnersatz sind die Kosten für die in der Praxis des Zahnarztes verbrauchten Materialien mit den berechnungsfähigen Leistungen abgegolten. Kosten nach den Sätzen 5 und 6 dürfen Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden."

Begründung:

Es wird klargestellt, daß Material- und Laborkosten und Gebühren für die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen sowie für Bescheinigungen im Bonusheft auch nicht von den Versicherten gefordert werden können.

G 11. Zu Art. 1 nach Nr. 6 c -neu- (§ 85 Abs. 2)

Zusammen-
hang mit
Ziff. 12b

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 c -neu- folgende Nummer 6 d einzufügen:

'6 d. In § 85 Abs. 2 wird nach Satz 7 -neu- folgender Satz angefügt:

"Ausgeschlossen ist die Vergütung solcher Leistungen, die mit nicht in die Standortplanung nach § 122 Abs. 2 Satz 1 einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden."

Begründung

Die Abgrenzung, der Bedarf und die Standorte der zur bedarfsgerechten Versorgung notwendigen medizinisch-technischen Großgeräte werden nach § 122 SGB V in den Großgeräteausschüssen der Länder abgestimmt. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 9 SGB V Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten beschlossen und dabei auch die Vergütung solcher Leistungen ausgeschlossen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden. Die Regelung über den Vergütungsausschluß erfolgt derzeit nach Maßgabe des § 92 Abs. 6 SGB V.

(noch Ziff. 11)

Nun haben verschiedene Sozialgerichte den Vergütungsausschluß durch die Großgeräterichtlinien als nicht zulässig erachtet, weil die gesetzliche Ermächtigung unzureichend sein soll. Die Folge ist, daß sich die kassenärztlichen Vereinigungen gehindert sehen, den Vergütungsausschluß zu vollziehen. Damit wird die Großgeräteplanung im ambulanten Bereich unterlaufen.

Zur Klarstellung muß der Vergütungsausschluß nunmehr gesetzlich erfolgen, und zwar in dem Bereich, der die Vergütung der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung regelt.

538/1/91

G 12. Zu Art. 1 nach Nr. 6 d -neu- (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und Abs. 6)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 d -neu- folgende Nummer 6 e einzufügen:

'6 e. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 wird wie folgt gefaßt:

Zusammen-
hang mit
Ziff. 14

"9. fachliche und verfahrensmäßige Vorbereitung und Umsetzung der Abstimmung im Großgeräteausschuß (§ 122) über die von zugelassenen oder ermächtigten Ärzten oder von ärztlich geleiteten Einrichtungen beantragte Zuordnung von medizinisch-technischen Großgeräten."

Zusammen-
hang mit
Ziff. 11

b) Absatz 6 wird gestrichen.

Begründung:

Zu a:

Mit der Neufassung soll der Inhalt der Richtlinien des Bundesausschusses über medizinisch-technische Großgeräte besser an die Regelung des § 122 angepaßt werden. Insbesondere wird klargestellt, daß die Richtlinien nur Regelungen über die fachliche und verfahrensmäßige Vorbereitung und Durchführung der Abstimmung im Großgeräteausschuß über Abgrenzung, Bedarf und Standorte der Großgeräte treffen können.

(noch Ziff. 12)

Zu b:

Durch den Vergütungsausschluß solcher Leistungen in § 85 Abs. 2, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist die Regelung in § 92 Abs. 6 entbehrlich.

G 13. Zu Art. 1 nach Nr. 6 e -neu- (§ 111 Abs. 2 Nr. 2 und nach Abs. 2)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 e -neu- folgende Nummer 6 f einzufügen:

'6 f. § 111 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

"2. in den Bedarfsplan gemäß Absatz 2 a aufgenommen worden sind."

b) Es wird folgender Absatz 2 a eingefügt:

"(2 a) Die Landesverbände nach § 211 erstellen einen Bedarfsplan für Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde."

(noch Ziff. 13)

Begründung:

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschluß-Heilbehandlung, die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Bei Erlaß des Gesundheitsreformgesetzes hat der Gesetzgeber mit § 111 SGB V das Ziel verfolgt, die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf das bedarfsnotwendige Maß zu begrenzen und eine Abstimmung mit der Krankenhausplanung vorzunehmen. Beide Ziele sind nicht erreicht worden.

Während die Steuerung des Angebots an stationären Krankenhausleistungen durch eine detaillierte Planung der Länder gesteuert wird, wird das Angebot an medizinischen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation einschließlich der Anschluß-Heilbehandlung durch einzelvertragliche Regelungen der Träger dieser Einrichtungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen gesteuert. Die Länder sind lediglich im Wege der "Benehmensherstellung" gem. § 111 Abs. 4 Satz 3 SGB V beteiligt. Das Fehlen einer systematischen, bedarfsorientierten Planung hat zu einer erheblichen Zunahme der Kapazitäten im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich geführt mit der Folge, überproportional steigender Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Demgegenüber ist die Bettenzahl im Krankenhausbereich in den letzten Jahren bedarfsgerecht zurückgeführt worden. Die stärkere Verzahnung der Planung im Krankenhausbereich und im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist auch erforderlich, weil in zunehmendem Maße Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in räumlichem Verbund mit Akutkrankenhäusern, z. B. durch Umwidmung von Akutbetten, geschaffen werden.

Zu a:

Die Krankenkassen dürfen künftighin nur noch dann Leistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übernehmen, wenn die Einrichtung in den Bedarfsplan nach Absatz 2 a aufgenommen worden ist.

Zu b:

Führt die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen ein, einen Bedarfsplan für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen zu erstellen. Wegen der notwendigen Abstimmung im Akutbettenbereich ist das Einvernehmen mit der für die Krankenhausbedarfsplanung zuständigen Landesbehörde herzustellen.

G 14. Zu Art. 1 Nr. 7 a -neu- (§ 122 Abs. 2 Satz 2, nach Satz 2
und zu Absatz 5)

In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7 a
einzufügen:

'7 a. § 122 wird wie folgt geändert:

Zusammen-
hang mit
Ziff. 12a

a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Die Umsetzung der Abstimmungsergebnisse des
Großgeräteausschusses erfolgt

- für den ambulanten Bereich durch die zuständige
Kassenärztliche Vereinigung,
- für den stationären Bereich durch die zuständige
Landesbehörde."

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

"Über die Festlegung zur Genehmigung eines Groß-
gerätestandortes wird von der zuständigen Stelle
ein Bescheid (Standortbescheid) erteilt."

c) In Absatz 5 werden die Worte "Entscheidungen
des Großgeräteausschusses und des Landes" ersetzt
durch die Worte "Standortbescheide nach Absatz 2
Satz 3".'

(noch Ziff. 14)

Begründung

Zu a)

Die Änderung von Satz 2 im zweiten Absatz stellt klar, daß die Abstimmungsergebnisse des Großgeräteausschusses für die kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Landesbehörden verbindlich und von ihnen jeweils für ihren eigenen Bereich in die Praxis umzusetzen sind. Die Änderung ist im Zusammenhang mit der neuen Fassung der Nummer 9 von § 92 Abs. 1 zu sehen.

Zu b)

Klarstellung, daß die Verwaltungsakte im Zusammenhang mit der Zuordnung von Großgeräten für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und für den Bereich der Krankenhausbehandlung von der zuständigen Landesbehörde erlassen werden.

Zu c)

Folgeänderung zu § 122 Abs. 2 Satz 3 -neu-.

G 15. Zu Art. 1 nach Nr. 7 a -neu- (§ 132 Abs. 3 bis 5 und nach § 132)

In Artikel 1 sind nach Nummer 7 a -neu- folgende Nummern 7 b und 7 c einzufügen:

'7 b. In § 132 werden folgende Absätze 3 bis 5 angefügt:

"(3) Die Vergütung im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 wird durch die Zahlung von Pflegesätzen erbracht. Die Pflegesätze werden zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse vereinbart. Die Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(4) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Leistungserbringer hat die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

(5) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest."

7 c. Nach § 132 wird folgender § 132 a eingefügt:

"§ 132 a

Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege

(1) Die Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege. Diese entscheidet bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 132 Abs. 5.

(noch Ziff. 15)

(2) Die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege besteht aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Leistungserbringer und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die Vertreter der Leistungserbringer und deren Stellvertreter werden von der Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren

zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege führt die zuständige Landesbehörde."

(noch Ziff. 15)

Begründung:

Während das SGB V in verschiedenen Leistungsbereichen im Falle der Nichteinigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern eine Schiedsstellenlösung vorsieht, ist dies für den Bereich der häuslichen Krankenpflege nicht der Fall. Dies hat zur Folge, daß in der Praxis Vergütungen geleistet werden, deren Höhe nicht ausreicht, qualifiziertes Pflegepersonal in der häuslichen Krankenpflege einzusetzen. Gemessen an der Bedeutung, die die häusliche Krankenpflege heute schon hat und in Zukunft noch erlangen wird, ist dies nicht hinzunehmen.

Die Bevölkerungsentwicklung bringt immer mehr chronisch Kranke und Pflegebedürftige aus Krankheit oder Altersgebrechlichkeit mit sich. Das wird künftig den Bedarf an pflegerischen Leistungen stark wachsen lassen. Diese Leistungen müssen jedoch bei weitem nicht in allen Fällen in stationären Einrichtungen erbracht werden. Sehr viele Patienten könnten auch in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Häusliche Krankenpflege kann die viel teurere stationäre Pflege ersparen. Man kann dieses Einsparpotential in der ambulanten Krankenpflege aber nur dann nutzen, wenn man die Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege auf Dauer leistungsfähig erhält. Dies setzt voraus, daß die Kostenträger tatsächlich Sätze bezahlen, die die Kosten einer angemessenen Pflege decken. Nicht zuletzt aufgrund des sich abzeichnenden Pflegenotstands sind für den Bereich der stationären Pflege von den Tarifparteien im Jahr 1990 deutliche Anhebungen vereinbart worden. Die Disproportionalitäten zu den in der häuslichen Krankenpflege tatsächlich gezahlten Löhnen haben dadurch zugenommen. Durch die Einrichtung einer Schiedsstelle soll ein angemessenes Kräfteverhältnis zwischen den Verhandlungspartnern hergestellt und ein Konfliktlösungsmechanismus eingerichtet werden, wie er bei den Pflegesatzverhandlungen der stationären Versorgung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vorgesehen ist.

Im einzelnen wird der Änderungsvorschlag wie folgt begründet:

Der § 132 anzufügende neue Absatz 3 regelt, daß die Vergütung im Sinne des § 132 Abs. 1 Satz 2 durch die Zahlung von Pflegesätzen erbracht wird. Dieses entspricht im wesentlichen der bereits heute gängigen Praxis, indem auf vertraglicher Grundlage zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer ein Betrag pro Patient und Pflegestunde ausgehandelt wird. Es handelt sich dabei um pauschale Beträge, die unabhängig von der Pflegeintensität und dem Aufwand im Einzelfall von der Krankenkasse gezahlt werden. Da insofern eine Parallele zu den nach dem KHG zu zahlenden Pflegesätzen vorliegt, soll auch hier die Vergütung durch Pflegesätze erfolgen. Hinsichtlich der Vereinbarung der Pflegesätze ist abweichend von § 18 Abs. 1 KHG vorgesehen, daß die Pflegesätze zwischen dem Leistungserbringer und der einzelnen Krankenkasse ausgehandelt werden. Absatz 3 bleibt somit in der Systematik des § 132, der insgesamt auf die einzelne Krankenkasse abstellt. Die vorgesehene Möglichkeit der Beteiligung der Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, der Landesverbände der Krankenkasse und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung am Pflegesatzverfahren entspricht § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG.

(noch Ziff. 15)

Entsprechend der Landeskrankenhausgesellschaft kann sich in jedem Land eine Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege bilden, die allgemeine Aufgaben der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege wahrnimmt.

Absatz 4 entspricht § 18 Abs. 3 KHG. Die dort getroffene Regelung kann für das Verfahren nach Absatz 3 übernommen werden.

Absatz 5 sieht vor, daß bei Nichteinigung über die Pflegesätze die Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege auf Antrag die Pflegesätze festsetzt. Hierdurch wird eine Konfliktlösungsregelung getroffen, die es ermöglicht, daß, wenn eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, eine neutrale Stelle mit der Angelegenheit befaßt wird und unter Prüfung der gegenseitigen Positionen die Pflegesätze festsetzt. Eine Genehmigung der vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze (entsprechend § 18 Abs. 5 KHG) durch die zuständige Landesbehörde wird anders als bei der Vereinbarung oder Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen bei den Pflegesätzen für Leistungen in der häuslichen Krankenpflege nicht für erforderlich gehalten.

§ 132a regelt die Bildung einer Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege, deren Aufgaben und deren Zusammensetzung. Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 18a KHG. Absatz 1 und Absatz 3 dieser Regelung sehen vor, daß in jedem Land eine Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege vorhanden ist, da diese Mitglieder der Schiedsstelle stellt. Die vorgesehene Regelung über die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege ist somit nur dann praktikabel, wenn entsprechende Vereinigungen der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege geschaffen werden.

G 16. Zu Art. 1 nach Nr. 8 (§ 313 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 4)

Es ist folgende Nummer 8 a einzufügen:

'8 a. In § 313 Abs. 1 Satz 4 und in Absatz 4 sind jeweils die Worte "31. Dezember 1991" durch die Worte "31. Dezember 1992" zu ersetzen.

Begründung:

Die derzeitige Finanzsituation der Krankenkassen in den neuen Bundesländern ist hauptsächlich gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit. Soweit in dieser Phase überhaupt schon von der Validität der vorliegenden Zahlen ausgegangen werden kann, stehen Kassen mit momentanen Einnahmeüberschüssen solchen gegenüber, die Defizite aufweisen. Insgesamt scheint die Situation dadurch bestimmt, daß einerseits die Aktionen zur Organisation des Beitragseinzugs unter tatkräftiger Hilfestellung der West-Krankenkassen in der Regel erfolgreich waren und daß andererseits viele Abrechnungen von Leistungserbringern aus dem 1. Halbjahr noch nicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus zeichnet sich eine starke Ausgabensteigerung in verschiedenen Leistungsbereichen, z. B. bei den Arzneimitteln, ab. Weitere Kostensteigerungen sind im weiteren Verlauf der Systemangleichung im 2. Halbjahr 1991 sowie im Jahre 1992 zu erwarten. Hinzu kommen die Belastungen aufgrund der Leistungsverbesserungen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf.

Bei einer Freigabe der Beitragssätze sind bei einer Reihe von Kassen Beitragssatzanhebungen zu erwarten. Damit würde der im alten Bundesgebiet herrschende verzerrte Wettbewerb in die neuen Bundesländer übertragen. Um dies zu vermeiden, soll der einheitliche Beitragssatz vorläufig beibehalten werden. Außerdem gilt es, die großen Anpassungsprobleme der Wirtschaft in Ostdeutschland nicht noch durch steigende Lohnnebenkosten zu verschlimmern.

In 17. Zu Art. 3 Abs. 1

In Artikel 3 ist in Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

Bei Annahme
entfällt
Ziff. 8

"Artikel 1 Nr. 4 tritt jedoch bereits am Tage der Verkündung des Gesetzes in Kraft."

Begründung:

Die Änderungen des § 45 SGB V sollen nicht erst am 1. Januar 1992 in Kraft treten, sondern bereits mit der Verkündung des Gesetzes, da mit Rücksicht auf die Situation im Beitrittsgebiet, in dem die bisher geltende großzügige Freistellungsregelung nach dem Einigungsvertrag zum 1. Juli 1991 ausgelaufen ist, ein Inkrafttreten der Änderung des § 45 SGB V noch in diesem Jahr, und zwar so früh wie möglich, anzustreben ist.

AS
FS

18. Zu Art. 3 Abs. 1

In Artikel 3 ist in Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

Entfällt
bei Annahme
von
Ziff. 17

"Artikel 1 Nr. 4 tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft

Begründung:

Die Erweiterung des Freistellungsanspruches bei Pflege erkrankter Kinder (Artikel 1 Nr. 4) sollte am Tage nach der Verkündung in Kraft treten, um einen möglichst nahen Übergang an die großzügigen Regelungen auf Unterstützung bei Pflege erkrankter Kinder bis 30. Juni 1991 in den neuen Bundesländern nach dem ehemaligen DDR-Recht und dem Einigungsvertrag herzustellen.