

04.04.97

G

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

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

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 166. Sitzung am 20. März 1997 aufgrund der
Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit
- Drucksache 13/7264 - den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
eingebrachten

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von
Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG)
- Drucksache 13/6087 -**

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 25.04.97

Initiativgesetz des Bundestages

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

Der Bundestag hat das folgende
Gesetz beschlossen:
Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 1a Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 2a Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 2b Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995
- Artikel 3 Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 4 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 5a Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes
- Artikel 6 Maßgaben zur Anwendung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
- Artikel 7 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung
- Artikel 8 Änderung der Abgrenzungsverordnung
- Artikel 9 Aufhebung der Pflege-Personalregelung
- Artikel 9a Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel 9b Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
- Artikel 10 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
- Artikel 11 Übergangsvorschriften
- Artikel 11a Änderung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes
- Artikel 12 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 . . . , 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 Keimzahlsenkung. 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 Worte "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 Einschätzung 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 Worte "implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion," gestrichen.

b) Nach Satz 8 werden die folgenden 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 zahn-technische 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 Verbindungselemente 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 1 a 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 achtzehnten 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:

„§ 30 a

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 Versorgungen.

(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 60 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrech-

nung 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 erhö-

hen; eine Staffe lung 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 30 a), 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 Einnahmegrenze 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 Zuzahlungsbe-

träge 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 hiernach 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 Krankenkassen 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 Worte „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 Praxis-schwerpunkt 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 Kopfspauschale, 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 angemessene 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 (Abstufung). 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 Gesichtsschädels, 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 Ärztesgesellschaften 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 Fall 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 auszusprechen. 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 Worte "über die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie" gestrichen.

36. 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:

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

42. In § 115 b 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 „§ 18 a“ durch die Angabe „§ 18 a 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 Kassenzärztlichen 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 Mitgliedschaften 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 Worte "häuslicher Krankenpflege und" gestrichen.
2. In Absatz 1 werden die Worte "von häuslicher Krankenpflege und" gestrichen.

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

§ 132 a

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegebedürftigen 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 Kassanärztlichen 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 Kassanärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassanärztlichen 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.

- (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.

§ 137 b

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 Vereinbarungen 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."

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

§ 137 a

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.

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. 3 a 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 Worte „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 Zuzahlungsbeiträge gilt § 62 a entsprechend.“

Artikel 1a

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), zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird die Angabe "50 vom Hundert" durch die Angabe "45 vom Hundert" ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

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

Artikel 2a

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 ... 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 2b

Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995

In Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird die Angabe "1999" durch die Angabe "2001" ersetzt.

Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Dem § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... 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 4

Änderung der Risikostruktur- Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., 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 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungs- gesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), 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 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. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrunde liegenden 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 Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderent-

gelte 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 Pflegesatzfähigkeit 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 Bundespflegesatzverordnung 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 5a

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Artikel 14 Abs. 3 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Gesetz 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 6

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 7

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die 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 entsprechend. 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 Sachmittellanteil 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 Vomhundertsatz 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. 2 a 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:

- c) In Absatz 5 werden nach der Angabe „(BGBl. I S. 2266)“ die Wörter „und nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenausgaben 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 abzugreifen die Anteile für das ambulante Operieren, 90 vom Hundert der Anteile für vor- und nachstationäre Behandlung und 87 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 „K 5, lfd. 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 Vorhundertsatz nach Absatz 13 Satz 1 erhöhte Bezugsgröße; dies gilt nicht für die Ausnahmetatbestände nach § 8 Abs. 3 Satz 1, auch soweit diese bei Fallpauschalen- und Sonderentgelteleistungen zu Kosten erhöhungen 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 8

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 9

Aufhebung der Pflege-Personalregelung

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

Artikel 9a

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), wird wie folgt geändert:

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

Artikel 9b

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), wird wie folgt geändert:

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

Artikel 10

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 4,7,8, 9a und 9b beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf

Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 11

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. 4 b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Pflegesatzfähigkeit von Instandhaltungskosten entfallen ist. Das Nähere regelt die Satzung.

§ 3

Sofern der Zulassungsausschuß bis zum ... (Inkrafttreten des Gesetzes) nach § 32 b 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 11a

Änderung de 1. GKV-Neuordnungsgesetzes

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

Artikel 12

Inkrafttreten

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar 1996 tritt Artikel 6 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 5 Nr. 4 Buchstabe c und die Artikel 7 bis 9 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 6, ~~17~~, ~~18~~, 30 bis 32, ~~38~~, ~~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.

25.04.97

Anrufung

**des Vermittlungsausschusses
durch den Bundesrat**

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

Der Bundesrat hat in seiner 711. Sitzung am 25. April 1997 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 20. März 1997 verabschiedeten Gesetz zu verlangen, daß der Vermittlungsausschuß gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung des Gesetzes einberufen wird.

Begründung:

Das Gesetz ist ungeeignet, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die einen der elementaren Bestandteile unserer sozialstaatlichen Ordnung bildet, zu stabilisieren, deren dramatische Defizitentwicklung zu stoppen und sie zukunftsorientiert weiterzuentwickeln.

Angesichts weiter auflaufender Ausgabenüberhänge in der GKV - 7 Mrd. DM im Jahre 1995, nochmals 6,3 Mrd. DM im letzten Jahr - und unmittelbar bevorstehenden zusätzlichen Beitragssatzerhöhungen bei einer Vielzahl von Krankenkassen werden die im 2. GKV-NOG vorgesehenen Maßnahmen, die sich im wesentlichen in der faktischen Abschaffung der letzten noch bestehenden wirksamen Budgetierungen und in erneuten drastischen Zuzahlungserhöhungen zu Lasten der Versicherten erschöpfen, den tatsächlichen Problemen in keiner Weise gerecht. Zwingend erforderlich sind vielmehr umfassende, strukturell angelegte Maßnahmen, die - aufbauend auf dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 - insgesamt dazu führen, Selbststeuerungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit des Systems der GKV zu steigern und dauerhaft zu erhalten.

1. Durch die Abschaffung des Arznei- und Heilmittelbudgets und die Ablösung der budgetierten Gesamtvergütung für die ambulant-ärztliche Versorgung werden trotz bereits bestehender Milliardendefizite zusätzliche Ausgabenschübe

in Milliardenhöhe provoziert. Die Orientierung an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität wird weiter durchlöchert.

2. Die Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz und die Vergütung dieser Leistungen nach der Gebührenordnung für die privat Zahnärztliche Versorgung (GOZ) zerstören die bewährten qualitäts- und kostensteuernden Strukturen in der zahnmedizinischen Versorgung. Zahnersatzleistungen werden privatisiert und aus dem System der GKV ausgegrenzt.
3. Der ungehinderte Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung für alle Versicherten - bisher Gütesiegel des deutschen Krankenversicherungssystems - wird kontinuierlich ausgehöhlt. Die Einführung neuer und die Erhöhung der bestehenden Zuzahlungen um 5,00 DM bzw. 5 %, die Dynamisierung aller Zuzahlungen und Möglichkeiten zu kassenindividueller Erhöhung oder Einführung weiterer Zuzahlungen führen bereits unmittelbar zu einer jährlichen Mehrbelastung der Versicherten in Höhe von 5 Mrd. DM. Hinzu kommt der Automatismus des 1. NOG, Beitragssatzerhöhungen mit nochmaligen Zuzahlungsanhebungen zu koppeln. Sog. Härtefallregelungen sind keine gesundheits- und sozialpolitisch akzeptable Alternative zur weiteren Aushöhlung des Bedarfsprinzips bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.
4. Die solidarischen Finanzierungsgrundlagen der GKV, insbesondere die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, der „guten“ mit den „schlechten“ Risiken, werden durch die Einführung klassischer Elemente der privaten Krankenversicherung (Selbstbehalttarife, Beitragsrückgewähr) unterminiert. Dadurch wird ein kostentreibender perverser Wettbewerb der Versichertenselektion gefördert, anstatt Maßnahmen zu ergreifen, die einen funktionstüchtigen Wettbewerb um effizientere Versorgungs- und Vergütungsformen ermöglichen.
5. Im Krankenhausbereich wird der Weg der Inkonsistenz fortgesetzt, eine schlüssige Reformkonzeption zu Planung und Finanzierung wird auch nicht im Ansatz verfolgt. Dies belegt nicht zuletzt die aufeinanderfolgende Reduktion der Krankenhausbudgets durch das Beitragsentlastungsgesetz um jährlich 1 % und die nunmehr fast gleich hohe Anhebung durch das vorliegende Gesetz zur Teilfinanzierung von Instandhaltungsmaßnahmen durch ein ebenso kosten- wie bürokratieintensives „Notopfer“ der Versicherten.
6. Die Regelungen zum Modellvorhaben über neue Versorgungsformen werden den Anforderungen an eine qualitative und wirtschaftliche Weiterentwicklung

der gesundheitlichen Versorgung nicht gerecht. Neue Versorgungsformen, die lediglich befristet erprobt werden dürfen und deren Einführung von etablierten Leistungsanbietergruppen einseitig blockiert werden kann, sind zur Anpassung der ambulanten Versorgungsstrukturen an neue gesundheitliche und ökonomische Erfordernisse ungeeignet.

Das vorliegende 2. GKV-NOG, dessen Ausgestaltung wesentlich von dem Versuch geprägt ist, die Zustimmungsbedürftigkeit im Bundesrat zu umgehen, hat gesundheitspolitisch und ökonomisch keine tragfähige Perspektive.

Allerdings weist Artikel 1 des Gesetzes den Krankenkassen qualitativ neue Aufgaben zu. Das Gesetz bedarf schon deshalb der Zustimmung des Bundesrates.

Ohne eine angemessene Beteiligung der Länder sind zielführende Strukturreformen im Gesundheitswesen nicht erreichbar. Notwendig ist der Konsens über ein tragfähiges Gesamtkonzept aller Beteiligten zur Sicherung der Beitragssatzstabilität und zur Weiterentwicklung effizienter gesundheitlicher Versorgungsstrukturen in der GKV.