

22. 06. 77

Sachgebiet 82

Beschlußempfehlung

des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschuß)

**zu dem Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur
Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)
— Drucksachen 8/166, 8/173, 8/338, 8/557 —**

Berichterstatter im Bundestag: **Abgeordneter Müller (Remscheid)**

Berichterstatter im Bundesrat: **Minister Dr. Posser**

Der Bundestag wolle beschließen:

Das vom Deutschen Bundestag in seiner 27. Sitzung am 13. Mai 1977 beschlossene Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173, 8/338 — wird nach Maßgabe der in der Anlage zusammengefaßten Beschlüsse geändert.

Gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 seiner Geschäftsordnung hat der Vermittlungsausschuß beschlossen, daß im Deutschen Bundestag über die Änderungen gemeinsam abzustimmen ist.

Bonn, den 20. Juni 1977

Der Vermittlungsausschuß

Vogel (Ennepetal)

Müller (Remscheid)

Dr. Posser

Vorsitzender

Berichterstatter

Anlage

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)

1. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 5 (§ 180 RVO)

In Artikel 1 § 1 wird Nummer 5 wie folgt gefaßt:

„5. § 180 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Für freiwillig Versicherte ... (wie BT-Fassung unter Nummer 5 bisheriger Buchstabe b).“ ‘

2. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 6 Buchstabe c — neu —

(§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe f — neu — RVO),

Nr. 10 a — neu — (§ 185 RVO),

Nr. 39 a — neu — (§ 376 b RVO),

§ 3 Nr. 5 Buchstabe c — neu —

(§ 13 Abs. 1 Nr. 6 — neu — KVLG),

Nr. 8 a — neu — (§ 18 KVLG),

Nr. 20 a — neu — (§ 77 KVLG).

a) In Artikel 1 § 1 Nr. 6 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe c angefügt:

„c) In Buchstabe e wird nach dem Wort „Arbeitstherapie“ der Punkt durch ein Komma ersetzt; es wird folgender Buchstabe f angefügt:

„f) häusliche Krankenpflege.“ ‘

b) In Artikel 1 § 1 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 10 a eingefügt:

„10 a. § 185 erhält folgende Fassung:

„§ 185

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Pflege durch Krankenpfleger, Krankenschwestern, Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen oder Kinderkrankenschwestern (häusliche Krankenpflege), wenn Krankenhauspflege geboten ist, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person die häusliche Krankenpflege nicht durchführen kann.

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester, ein Krankenpflegehelfer, eine Krankenpflegehelferin oder eine Kinderkrankenschwester nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Krankenpflegeperson in angemessener Höhe zu erstatten.“ ‘

c) In Artikel 1 § 1 wird nach Nummer 39 folgende Nummer 39 a eingefügt:

„39 a. In § 376 b werden in Satz 1 und 2 jeweils nach dem Wort „Gewährung“ die Worte „von häuslicher Krankenpflege und“ eingefügt.“ ‘

d) In Artikel 1 § 3 Nr. 5 wird nach Buchstabe b folgender Buchstabe c angefügt:

„c) In Nummer 5 wird nach dem Wort „Arbeitstherapie“ der Punkt durch ein Komma ersetzt; es wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. häusliche Krankenpflege.“ ‘

e) In Artikel 1 § 3 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8 a eingefügt:

„8 a. § 18 erhält folgende Fassung:

„§ 18

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Pflege durch Krankenpfleger, Krankenschwestern, Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen oder Kinderkrankenschwestern (häusliche Krankenpflege), wenn Krankenhauspflege geboten ist, aber nicht ausführbar ist, oder Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann gewährt wird, wenn diese zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Häusliche Krankenpflege wird insoweit gewährt, als eine im Haushalt lebende Person die häusliche Krankenpflege nicht durchführen kann.

(3) Kann ein Krankenpfleger, eine Krankenschwester, ein Krankenpflegehelfer, eine Krankenpflegehelferin oder eine Kinderkrankenschwester nicht gestellt werden oder besteht Grund, von einer Gestellung abzusehen, so sind die Kosten für eine selbst beschaffte Krankenpflegeperson in angemessener Höhe zu erstatten.“

- f) In Artikel 1 § 3 wird nach Nummer 20 folgende Nummer 20 a eingefügt:

„20 a. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach den Worten „Die Krankenkasse kann“ die Worte „die zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege und“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Gewährung“ die Worte „von häuslicher Krankenpflege und“ eingefügt.“

3. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe b

(§ 368 a Abs. 8 RVO)

In Artikel 1 § 1 Nr. 30 wird Buchstabe b wie folgt gefaßt:

- b) Absatz 8 erhält folgende Fassung:

„(8) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sowie zur Erbringung besonderer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch andere Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind, sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin, längstens für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus, an der kassenärztlichen Versorgung unmittelbar oder auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Voraussetzungen für die Beteiligung sind die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister und die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.“

4. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 31 Buchstabe b

(§ 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO)

In Artikel 1 § 1 Nr. 31 wird Buchstabe b gestrichen.

5. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 32 Buchstaben b und e

(§ 368 f Abs. 3, 4, 6, 7 RVO),

Nr. 54 Buchstabe a

(§ 525 c Abs. 2 RVO),

§ 2 Buchstabe a (§ 204 a Abs. 1 RKG)

- a) In § 368 f Abs. 3 RVO wird Satz 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Hierbei haben sie die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsomme der beteiligten Krankenkassen, der Praxiskosten und der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen.“

- b) § 368 f Abs. 4 RVO wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben, es sei denn, die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Diese Empfehlungen sollen bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen regionalen Verhältnissen und besonderen Verhältnissen der Kassenarten Rechnung getragen werden kann.“

- c) In § 368 f Abs. 6 RVO werden die Sätze 3 und 4 wie folgt gefaßt:

„Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag nicht nur geringfügig übersteigt, haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Einzelprüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; ein Ausgleich kann nur im Wege des Einzelregresses erfolgen.“

- d) § 368 f Abs. 7 RVO wird wie folgt gefaßt:

„(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine Empfehlung über

die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben, es sei denn, die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Diese Empfehlungen sollen bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen Verhältnissen der Kassenarten Rechnung getragen werden kann.“

- e) In § 525 c Abs. 2 Satz 1, zweiter Halbsatz RVO wird das Wort „einheitlichen“ gestrichen.
- f) In § 204 a Abs. 1 neuer Satz 3, zweiter Halbsatz RKG wird das Wort „einheitlichen“ gestrichen.

6. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 33 Buchstabe a

(§ 368 g Abs. 6 RVO)

§ 368 g Abs. 6 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertragsparteien haben auf eine leistungsfähige belegärztliche Versorgung hinzuwirken; in den Verträgen ist sicherzustellen, daß bei der Vergütung die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden und die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde.“

7. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 371 Abs. 1 und 2 RVO)

§ 371 Abs. 1 und 2 werden wie folgt gefaßt:

„(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich gegenüber den Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist oder die Ziele des Krankenhausplanes gefährdet werden. Die Ablehnung oder die Annahme der Bereiterklärung eines Krankenhauses und die Kündigung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Kündigung ist unter den Bedingungen von Satz 1 nur mit einer Frist von zwei Jahren möglich. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen.“

8. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 372 RVO)

- a) In § 372 werden die Sätze 1, 3 und 4 durch folgenden Satz 1 ersetzt:

„Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit den Landesverbänden der Krankenhäuser Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten.“

- b) In § 372 Satz 2 werden vor den Worten „erforderlich sind“ die Worte „auf Überweisung durch einen Kassenarzt“ eingefügt.

9. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 46 a — neu — (§ 405 a RVO)

In Artikel 1 § 1 wird nach Nummer 46 folgende Nummer 46 a eingefügt:

„46 a. Nach § 405 wird folgender Abschnitt Sechs A eingefügt:

„Abschnitt Sechs A
Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen

§ 405 a

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat hierzu einmal jährlich bis zum 31. März Empfehlungen, insbesondere über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben.

(2) Die Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratung erforderlichen Daten unter Berücksichti-

gung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert diese.“

10. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 47 Buchstabe b

(§ 414 b Abs. 2 a Satz 1 RVO)

§ 414 b Abs. 2 a Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitglieds-kassen eines Landes für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller beteiligten Mitglieds-kassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet.“

11. Zu Artikel 1 § 4 (KHG),

Artikel 2 §§ 13, 15 und 17 Abs. 2

- a) Artikel 1 § 4 wird gestrichen.
- b) Artikel 2 § 13 wird gestrichen.
- c) In Artikel 2 § 15 werden die Worte „und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ gestrichen.

- d) In Artikel 2 § 17 Abs. 2 werden die Worte „§ 4 Nr. 1 bis 7 und 10 bis 17,“ sowie die Worte „und Artikel 2 § 13“ gestrichen.

12. Zu Artikel 2 § 5 a — neu —

In Artikel 2 wird nach § 5 folgender § 5 a eingefügt:

„§ 5 a

Die Bundesregierung hat den gesetzgebenden Körperschaften bis zum 31. Dezember 1981 einen Bericht über die Erfahrungen mit der konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, den Bundesempfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen und der Arzneimittelhöchstbeträge sowie über die Auswirkung der Regelungen über die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelhöchstbeträge vorzulegen. Sie hat außerdem darzulegen, inwieweit die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in Übereinstimmung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten steht. Soweit sich aus dem Bericht die Notwendigkeit zu gesetzgeberischen Maßnahmen ergibt, soll die Bundesregierung einen Vorschlag machen.“

