

Unterrichtung

durch den Bundesrat

Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Drucksachen 12/1154, 12/1363, 12/1387, 12/1392 –

hier: Anrufung des Vermittlungsausschusses

Der Bundesrat hat in seiner 636. Sitzung am 8. November 1991 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 30. Oktober 1991 verabschiedeten Gesetz zu verlangen, daß der Vermittlungsausschuß gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes aus den folgenden angegebenen Gründen einberufen wird:

1. **Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 31 Abs. 3)**
Artikel 1 Nr. 46 (§ 310)

a) Artikel 1 Nr. 8 ist wie folgt zu fassen:

„8. In § 31 Abs. 3 Nr. 2 werden die Worte „1. Januar 1992“ durch die Worte „1. Januar 1995“ ersetzt.“

b) In Artikel 1 sind in Nummer 46 Buchstabe a in § 310 Abs. 4 Satz 2 die Worte „30. September 1992“ durch die Worte „31. Dezember 1994“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Das Gesundheits-Reformgesetz ist davon ausgegangen, daß bis zum 1. Januar 1992 für 80 % der Arzneimittel Festbeträge vereinbart werden können. Dieses Ziel wird nicht erreicht werden können. Bislang sind Festbeträge lediglich für ca. 30 % der Arzneimittel verwirklicht.

Mit dem Wegfall der bei den Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes aufgestellten Ge-

schäftsgrundlage muß zwangsläufig auch die Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten auf 15 % vom 1. 10. 1992 an entfallen. Die im Gesetzesbeschluß vorgesehene Neuregelung würde zu einer nicht vertretbaren Mehrbelastung der Versicherten führen. Insbesondere Rentner wären von der Neuregelung stärker betroffen als andere Bevölkerungsgruppen. Sie würden künftig im Durchschnitt 75,80 DM im Jahr statt bisher 47,90 DM zuzahlen müssen.

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

Zu Buchstabe b

Bis zu einer Anpassung der Lebensverhältnisse im Beitrittsgebiet an das Niveau im übrigen Bundesgebiet ist eine Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten für Arzneimittel im Beitrittsgebiet auf das Niveau im übrigen Bundesgebiet nicht vertretbar. Aus diesem Grund soll die derzeit geltende Zuzahlungsregelung über den 30. September 1992 hinaus verlängert werden.

2. Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 43 a)

In Artikel 1 Nr. 12 ist § 43 a wie folgt zu fassen:

„§ 43 a
Sozialpädiatrische Behandlung

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

Begründung

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

Grundsätzlich darf die leistungsrechtliche Vorschrift hinsichtlich des Umfangs der Leistung nicht hinter die Beschreibung der sozialpädiatrischen Behandlung in § 119 Abs. 2 SGB V, der als Folgeänderung gestrichen werden soll (vgl. Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzesbeschlusses), zurückfallen. Danach handelt es sich bei der sozialpädiatrischen Behandlung um eine Komplexleistung mit dem Schwerpunkt auf rehabilitative Elemente. Dem muß der Wortlaut der Norm gerecht werden. Die einzelnen in § 119 Abs. 2 SGB V genannten Elemente der sozialpädiatrischen Behandlung sowie insbesondere ihre in § 119 Abs. 2 SGB V beschriebene spezifische Zielsetzung sind deshalb im einzelnen aufzuführen.

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

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

3. Zu Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe b (§ 45 Abs. 2 Satz 2)

In Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe b ist in § 45 Abs. 2 der Satz 2 zu streichen.

Begründung

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

§ 45 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der geltenden Fassung enthält keine Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen im Kalenderjahr.

Die im Gesetz vorgesehene Einschränkung würde Versicherten ab drei Kindern die Möglichkeit nehmen, ihren Betreuungspflichten in dem erforderlichen Umfang nachzukommen. Damit würden diese sozial besonders zu schützenden Eltern und Alleinerziehenden von der begünstigenden Regelung ausgeschlossen werden. Gerade diese Personen sollten jedoch durch eine gesetzliche Neuregelung für dritte oder weitere Kinder ebenso erfaßt sein wie Eltern und Alleinerziehende für ein oder zwei Kinder.

4. Zu Artikel 1 nach Nummer 20 (§ 73 Abs. 2 Nr. 2)

a) In Artikel 1 ist nach Nummer 20 folgende Nummer 20a einzufügen:

„20a. § 73 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

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

b) Als Folge ist in Artikel 1 nach Nummer 20a — neu — folgende Nummer 20b einzufügen:

„20b. § 85 Abs. 2 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

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

Begründung**Zu Buchstabe a**

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

zu Buchstabe b

Folgeänderung aus Nummer 20 a. Insbesondere soll eine Vergütung für das Aufstellen des Heil- und Kostenplanes für Zahnersatz und für Bescheinigungen im sogenannten Bonusheft ausgeschlossen werden. Die Kosten sind mit den Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten.

5. Zu Artikel 1 nach Nummer 20 b — neu — (§ 85 Abs. 2 Satz 6 und 7 — neu)

In Artikel 1 ist nach Nummer 20 b — neu — folgende Nummer 20 c einzufügen:

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

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

Begründung

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

6. Zu Artikel 1 nach Nummer 20 c — neu — (§ 85 Abs. 2)

In Artikel 1 ist nach Nummer 20 c — neu — folgende Nummer 20 d einzufügen:

„20 d. In § 85 Abs. 2 wird nach Satz 7 — neu — folgender Satz angefügt:

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

Begründung

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

folgt derzeit nach Maßgabe des § 92 Abs. 6 SGB V.

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

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

7. Zu Artikel 1 Nr. 23 a — neu — (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und Abs. 6)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 23 a einzufügen:

„23 a. § 92 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 6 wird gestrichen.“

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

8. Zu Artikel 1 Nr. 28 a — neu — (§ 122 Abs. 2 Satz 2, nach Satz 2 und zu Absatz 5)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 28 a einzufügen:

„28 a. § 122 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Die Umsetzung der Abstimmungsergebnisse des Großgeräteausschusses erfolgt
- für den ambulanten Bereich durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung,
- für den stationären Bereich durch die zuständige Landesbehörde.“
- b) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:
„Über die Festlegung zur Genehmigung eines Großgerätestandortes wird von der zuständigen Stelle ein Bescheid (Standortbescheid) erteilt.“
- c) In Absatz 5 werden die Worte „Entscheidungen des Großgeräteausschusses und des Landes“ ersetzt durch die Worte „Standortbescheide nach Absatz 2 Satz 3“.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

9. Zu Artikel 1 Nr. 45 a — neu — (§ 278 Abs. 1 Satz 2)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 45 a einzufügen:

„45 a. § 278 Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Arbeitsgemeinschaft ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.“

Begründung

Die Vorschrift des § 278 SGB V bestimmt die Arbeitsgemeinschaft MdK ausdrücklich als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Die Verweisung in dieser Vorschrift auf die einschränkenden Regelungen des Artikels 73 Abs. 4 des bereits am 1. Januar 1989 vor der Vereinigung der beiden deutschen Staaten in Kraft getretenen GRG gilt tatbestandsmäßig lediglich für den Bereich der alten Bundesländer, dagegen nicht für die Beitrittsgebiete, da es hier an den einschränkungs begründenden Tatbestandsvoraussetzungen fehlt. An der Verweisung auf Artikel 73 Abs. 4 GRG kann ebensowenig zwingend ein Gebot für die Errichtung des MdK in Form einer bürgerlich-rechtlichen Institution hergeleitet werden, wie umgekehrt kein Verbot zu erkennen ist, den MdK als öffentlich-rechtliche Körperschaft zu errichten.

Die bisherige Gesetzgebung im Bereich der Sozialversicherung hat stets die Erledigung sozialpolitisch bedeutsamer und sozialrechtlich wichtiger Aufgaben grundsätzlich öffentlich-rechtlichen Einrichtungen zugewiesen. Es besteht auch kein Anlaß zu der Annahme, daß diese bisherige bewährte Rechtspolitik durch sukzessive Privatisierung infolge Verlagerung wichtiger sozialrechtlicher Einrichtungen auf zivilrechtliche Institutionen zwingend geändert wird.

Ungeachtet der begrifflich nur für den Bereich der Altbundesländer gelten könnenden Regelungen des Artikels 73 Abs. 4 GRG wird die Errichtung des MdK als öffentlich-rechtliche Körperschaft nicht nur für rechtlich zulässig erachtet, sondern angesichts der zu erwartenden erheblichen Anfangsschwierigkeiten auch für rechtlich notwendig.

Außerdem darf auch nicht außer Betracht bleiben, daß in sämtlichen alten Bundesländern der MdK Körperschaft des öffentlichen Rechts bleiben wird, da dort wegen des Alters der Bediensteten der Tatbestand des Artikels 73 Abs. 4 GRG frühestens in 30 Jahren eintreten wird. Es ist vom Gesetzgeber sicher nicht gewollt, daß in den neuen und in den alten Bundesländern der MdK unabsehbar in unterschiedlichen Rechtsformen tätig sein soll.

10. **Zu Artikel 1 Nr. 48 — neu —** (§ 313 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 4)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 48 anzufügen:

48. In § 313 Abs. 1 Satz 4 und in Abs. 4 sind jeweils die Worte „31. Dezember 1991“ durch die Worte „31. Dezember 1992“ zu ersetzen.

Begründung

Die derzeitige Finanzsituation der Krankenkassen in den neuen Bundesländern ist hauptsächlich gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit. Soweit in dieser Phase überhaupt schon von der Validität der vorliegenden Zahlen ausgegangen werden kann, stehen Kassen mit momentanen Einnahmeüberschüssen solchen gegenüber, die Defizite aufweisen. Insgesamt scheint die Situation dadurch bestimmt, daß einerseits die Aktionen zur Organisation des Beitragseinzugs unter tatkräftiger Hilfestellung der

West-Krankenkassen in der Regel erfolgreich waren und daß andererseits viele Abrechnungen von Leistungserbringern aus dem 1. Halbjahr noch nicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus zeichnet sich eine starke Ausgabensteigerung in verschiedenen Leistungsbereichen, z. B. bei den Arzneimitteln, ab. Weitere Kostensteigerungen sind im weiteren Verlauf der Systemangleichung im 2. Halbjahr 1991 sowie im Jahre 1992 zu erwarten. Hinzu kommen die Belastungen aufgrund der Leistungsverbesserungen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf.

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

