

Geszentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

A. Problem

Die dramatische Kostenentwicklung in allen Bereichen der Krankenversicherung zwingt zu strukturellen Reformen, um der GKV als einem zentralen Eckpfeiler der sozialstaatlichen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland auch weiterhin ein sicheres Fundament zu erhalten. Bis zur Wirksamkeit einer Strukturreform müssen Sofortmaßnahmen zur Sicherung der Stabilität der GKV ergriffen werden.

Der Geszentwurf soll zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der GKV beitragen und Beitragssatzstabilität gewährleisten.

B. Lösung

1. Krankenhausbereich

- Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, statt dessen Einführung leistungsorientierter Vergütungen
- Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
- Orientierung der Kostenerstattungspflicht liquidationsberechtigter Ärzte an den tatsächlichen Aufwendungen
- verbesserte Personalregelung im Pflegebereich
- Budgetierung

2. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung

- Begrenzung der Zahl der zugelassenen Ärzte/Zahnärzte
- Strukturverbesserungen bei der ärztlichen Vergütung
- Absenkung der zahnärztlichen Vergütung für Zahnersatz mit degressiver Vergütung
- Neubestimmung des Leistungskatalogs Zahnersatz
- Budgetierung

3. Arzneimittel

- Liste verordnungsfähiger Arzneimittel
- Budgetierung
- Intensivierung der Richtgrößenprüfung
- Preismoratorium und Preisabsenkung bei Arzneimitteln
- Neuordnung der Arzneimittelzuzahlung

4. Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

- freie Kassenwahl für alle Versicherten
- Risikostrukturausgleich
- Neuordnung der Selbstverwaltung

5. Neuregelung der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Rentner.**C. Alternativen**

Keine

D. Kosten

Das Gesundheits-Strukturgesetz entlastet die GKV um ca. 10,65 Mrd. DM jährlich. Mehrausgaben in Höhe von ca. 0,55 Mrd. DM jährlich entstehen für eine bessere Personalausstattung in Krankenhäusern, für die Förderung ambulanter Operationen sowie für Verbesserungen bei der zahnmedizinischen Prophylaxe.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

	Seite
Artikel 1	4
Artikel 2	37
Artikel 3	37
Artikel 4	39
Artikel 5	39
Artikel 6	39
Artikel 7	39
Artikel 8	39
Artikel 9	39
Artikel 10	40
Artikel 11	41
Artikel 12	43
Artikel 13	48
Artikel 14	58
Artikel 15	58
Artikel 16	58
Artikel 17	58
Artikel 18	59
Artikel 19	59
Artikel 20	59
Artikel 21	59
Artikel 22	60
Artikel 23	60
Artikel 24	60
Artikel 25	60
Artikel 26	60
Artikel 27	60
Artikel 28	61
Artikel 29	62
Artikel 30	62
Artikel 31	62
Artikel 32	64
Artikel 33	65

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 1 Nr. 11 wird wie folgt gefaßt:

„11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren,“.

2. In § 9 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf“ durch das Wort „vierundzwanzig“ und das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.

3. Dem § 10 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Krankenversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.“

4. Dem § 12 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat der Geschäftsführer hiervon gewußt oder hätte er hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Geschäftsführers den Vorstand zu veranlassen, den Geschäftsführer auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Vorstand das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

5. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. 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. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Nimmt in den Fällen des Absatzes 2 der Versicherte einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der nach § 95 b Abs. 1 den Verzicht auf seine Zulassung als Vertragsarzt erklärt hat, gilt § 95 b Abs. 3.“

6. Dem § 15 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Jeder Versicherte erhält die Krankenversichertenkarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Muß die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von 10 Deutsche Mark erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.“

7. Dem § 18 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Ist während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthaltes festgestellt hat. Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben.“

8. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Leistungen zur Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts dürfen nicht vorgesehen werden.“

b) Folgender Absatz wird eingefügt:

„(3 a) Die Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch Zuschüsse fördern.“

9. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbeson-

- dere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.“
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:
- „(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht bis zum 30. Juni 1993 zustande, werden Inhalt, Finanzierung, Dokumentation und Kontrolle unter Beachtung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.“
10. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „zwölfte“ durch das Wort „sechste“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:
- „(3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92.“
11. § 23 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die in Satz 3 genannten Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden.“
- b) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:
- „(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.“
12. § 24 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) § 23 Abs. 5 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.“
- b) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 23 Abs. 6 entsprechend.“
13. § 24 a wird wie folgt geändert:
- In Absatz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt:
- „§ 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.“
14. § 27 wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(2) Versicherte, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten, zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird, sowie
1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
 2. Vertriebene im Sinne von § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
- mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.“
15. In § 28 Abs. 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:
- „Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“
16. § 29 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Versicherte haben Anspruch auf Übernahme von 80 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder

Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, besteht für das zweite und jedes weitere Kind Anspruch auf 90 vom Hundert der in Satz 1 genannten Kosten. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat insoweit keinen Zahlungsanspruch gegen den Versicherten. § 85 Abs. 4 b gilt entsprechend.“

c) Absatz 2 wird Absatz 3.

d) Absatz 3 wird Absatz 4.

17. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuß von 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet fallen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, wobei die Gesamtzahl der zu ersetzenden Zähne vier übersteigen darf. Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen je Kiefer fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen, es sei denn, es handelt sich um Versicherte, die nur noch einen Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer haben. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, werden als Sachleistungen gewährt.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne erhöht sich der Zuschuß nach Absatz 1 um 10 Prozentpunkte. Der erhöhte Zuschuß entfällt vom 1. Januar 1991 an, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht

erkennen läßt und er seit dem 1. Januar 1989, bei Behandlungsbeginn nach dem 31. Dezember 1993 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. er sich nach Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Zuschuß erhöht sich um weitere 5 Prozentpunkte, 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 Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten. § 85 Abs. 4 b gilt entsprechend.“

d) Absatz 6 wird Absatz 4.

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Der Zahnarzt ist verpflichtet, bei der Auftragserteilung dem gewerblichen zahntechnischen Labor mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Er hat dem Versicherten bei Rechnungslegung auch eine Durchschrift der Originalrechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen auszuhändigen.“

18. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nach § 34 a in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig und in der Zusammenstellung nach § 92 a Abs. 8 enthalten sind, sowie auf Versorgung mit Verbandmitteln.“

b) Absätze 2 bis 4 werden wie folgt gefaßt:

„(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung bei einem Apothekenabgabepreis

1. bis 30 Deutsche Mark 3 Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
2. über 30 bis zu 50 Deutsche Mark 5 Deutsche Mark,
3. über 50 Deutsche Mark 7 Deutsche Mark.

Wenn der Apothekenabgabepreis höher ist als der für dieses Arznei- oder Verbandmittel nach § 35 festgesetzte Festbetrag, tritt für die Berechnung der Zuzahlung der Festbetrag an die Stelle des Apothekenabgabepreises.

(4) Ab 1. Januar 1994 beträgt die Zuzahlung zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel für kleine Packungsgrößen 3 Deutsche Mark je Packung, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, für mittlere Packungsgrößen 5 Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen 7 Deutsche Mark je Packung. Das Nähere bestimmt der Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates."

19. § 32 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Worte „das Heilmittel in der Praxis des Arztes“ durch die Worte „Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1)“ und das Wort „wird“ durch das Wort „werden“ ersetzt.
- b) Dem Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.“

20. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Arznei“ gestrichen.
- b) Die Absätze 1, 2, 3 und 5 werden gestrichen.
- c) Absatz 4 wird § 34; Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 92 a Abs. 6 Satz 1 gilt entsprechend.“

21. Nach § 34 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 34 a

Liste verordnungsfähiger Arzneimittel

Der Bundesminister für Gesundheit erläßt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vorschlagsliste nach § 92 a Abs. 5 als Liste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit den in § 92 a aufgestellten Voraussetzungen und anderen Rechtsvorschriften. Die Rechtsverordnung ist erstmalig bis zum 31. Dezember 1995 zu erlassen."

22. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 wird wie folgt gefaßt:

„3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,“.

- b) Absatz 4 wird gestrichen.

- c) Absatz 5 Satz 3, zweiter Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„dabei ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist.“

23. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Versicherte zahlen vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage 11 Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Satz 1 gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären und ambulanten Krankenhausbehandlung. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 5

Satz 2 geleistete Zahlung ist auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Vom 1. Januar 1994 an beträgt die Zahlung nach Satz 1 12 Deutsche Mark."

24. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 gilt.“

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung erfolgt für längstens 14 Tage je Kalenderjahr, wenn die Leistung nach Absatz 2 der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

25. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) § 40 Abs. 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gilt entsprechend.“

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 40 Abs. 5 entsprechend.“

26. Nach § 43 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 43 b
Zahlungsweg

Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zahlung einzuziehen.“

27. Dem § 54 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Berechnung der in Satz 1 genannten Zeiten werden bei den in § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge genannten Personen Zeiten der Zugehörigkeit zu einem staatlichen Gesundheitssystem in den dort genannten Gebieten wie Mitgliedszeiten in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.“

28. § 60 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist.“

b) In Absatz 3 Nr. 4 wird die Bezeichnung „31 Deutsche Pfennige“ ersetzt durch „den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung“.

29. § 71 wird wie folgt gefaßt:

„§ 71
Beitragsatzstabilität

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragsatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.

(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.“

30. Die Überschrift des Ersten Titels des Zweiten Abschnitts wird wie folgt gefaßt:

„Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“.

31. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“.

b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „kassenärztlichen“ ersetzt durch das Wort „vertragsärztlichen“.

c) In Absatz 2 wird das Wort „kassenärztliche“ ersetzt durch das Wort „vertragsärztliche“.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.“

e) Absatz 4 wird gestrichen.

32. Nach § 72 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 72 a

Übergang des Sicherstellungsauftrages
auf die Krankenkassen

(1) Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, daß dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag.

(2) An der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 wirkt die Kassenärztliche Vereinigung insoweit mit, als die vertragsärztliche Versorgung weiterhin durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie durch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen durchgeführt wird.

(3) Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen. Sie können auch Eigenrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 errichten. Mit Ärzten oder Zahnärzten, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichteten (§ 95 b Abs. 1), dürfen keine Verträge nach Satz 1 abgeschlossen werden.

(4) Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. Die Höhe der vereinbarten Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte soll sich an Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistungen, an erweiterten Gewährleistungen oder eingeräumten Garantien oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren. Ärzten, die unmittelbar nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Verträge nach Absatz 3 abschließen, können höhere Vergütungsansprüche eingeräumt werden als Ärzten, mit denen erst später Verträge abgeschlossen werden.

(5) Soweit für die Sicherstellung der Versorgung Verträge nach Absatz 3 nicht ausreichen, können auch mit Ärzten und geeigneten Einrichtungen mit Sitz im Ausland Verträge zur Versorgung der Versicherten geschlossen werden.“

33. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1 a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil. Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen bis zum 31. Dezember 1994, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. An der fachärztlichen Versorgung nehmen die Ärzte mit Gebietsbezeichnung teil, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung kann Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

(1 b) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere insbesondere über

1. Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung,
2. die Pflicht zur gegenseitigen Information bei Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung, insbesondere die Pflicht der weiterbehandelnden Ärzte, den Hausarzt über die wesentlichen Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation zu unterrichten,
3. die Verpflichtung zur Weitergabe der Unterlagen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 bei einem Hausarztwechsel des Versicherten.

Die Vertragspartner regeln die Bedingungen, zu denen Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung bis zum 31. Dezember 1994 sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können.“

- c) Absatz 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:
- „2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz; kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2.“
- d) In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2“ ersetzt durch die Worte „die in der Zusammenstellung nach § 92 a Abs. 8 enthaltenen Preisvergleiche“.
34. In § 75 Abs. 8 werden nach den Worten „von Ärzten“ die Worte „sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung“ eingefügt.
35. § 76 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, den nach § 72 a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern frei wählen.“
- bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „Krankenkassen“ die Verweisung „nach § 140 Abs. 1 und 2 Satz 1“ eingefügt.
- cc) In Satz 4 wird die Angabe „§ 140 Abs. 2“ ersetzt durch die Angabe „§ 140 Abs. 2 Satz 1“.
- b) In Absatz 4 werden die Worte „den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung“ ersetzt durch die Worte „die in Absatz 1 genannten Personen oder Einrichtungen“.
- c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:
- „(5) Die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung können unter den Knappschaftsärzten und den in Absatz 1 genannten Personen und Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.“
36. In § 78 Abs. 1 werden die Worte „Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch „Bundesminister für Gesundheit“.
37. Nach § 79 wird folgender Paragraph eingefügt:
- „§ 79 a
Verhinderung von Organen;
Bestellung eines Beauftragten
- (1) Solange und soweit die Wahl zu Selbstverwaltungsorganen nicht zustande kommt oder

Selbstverwaltungsorgane sich weigern, ihre Geschäfte zu führen, nimmt auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufsichtsbehörde selbst oder ein von ihr bestellter Beauftragter die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahr. Auf deren Kosten werden ihre Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder durch den von ihr bestellten Beauftragten auch dann geführt, wenn Selbstverwaltungsorgane die Funktionsfähigkeit der Körperschaft gefährden, insbesondere wenn sie die Körperschaft nicht mehr im Einklang mit den Gesetzen und der Satzung verwalten, die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung betreiben oder das Vermögen gefährdende Entscheidungen beabsichtigen oder treffen.

(2) Der Übernahme der Geschäfte durch die Aufsichtsbehörde selbst oder der Einsetzung eines Beauftragten hat eine Anordnung voranzugehen, mit der die Aufsichtsbehörde der Kassenärztlichen Vereinigung aufgibt, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche zu veranlassen. Widerspruch und Klage gegen die Anordnung und die Entscheidung über die Bestellung des Beauftragten oder die Wahrnehmung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die Aufsichtsbehörde selbst haben keine aufschiebende Wirkung. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr bestellten Beauftragten haben die Stellung des Organs der Kassenärztlichen Vereinigung, für das sie die Geschäfte führen.“

38. § 82 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesverbände“ ersetzt durch das Wort „Spitzenverbände“.
- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „und den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
- c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden.“
- d) Absatz 3 wird gestrichen.
39. § 83 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung. Für die Bundesknappschaft gilt Satz 1 entsprechend, soweit die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt wird. § 82 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.“
- b) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

40. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84

Arznei- und Heilmittelbudget; Richtgrößen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 1994 auf der Grundlage des nach Artikel 27 des Gesundheits-Strukturgesetzes für das Jahr 1993 festgelegten Budgets, zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, stellt die Kassenärztliche Vereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Der Ausgleich muß in dem auf den Budgetzeitraum folgenden Kalenderjahr abgeschlossen werden. Soweit dieser Ausgleich nicht erfolgt, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag. Der übersteigende Betrag ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind.

(2) Die Krankenkassen erfassen die in der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 4 arztbezogen, nicht versichertenbezogen, und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 für das jeweils folgende Kalenderjahr einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und

Heilmitteln. Die Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind indikationsbezogen unter Berücksichtigung von Kriterien für die Menge der verordneten Leistungen zu bestimmen. Die Zahl und die Altersstruktur der Versicherten sowie bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und der Preiswürdigkeit der verordneten Leistungen, sind zu berücksichtigen.

(4) Die Vertragspartner können frühestens ab 1. Januar 1994 das Budget aussetzen. Voraussetzung dafür ist, daß gültige Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 106 Abs. 3 für 1993 und 1994 getroffen worden sind. Die Richtgrößen sind so festzusetzen, daß eine Steigerung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die nicht den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 3 entspricht, vermieden werden kann.

(5) Das Budget nach Absatz 1 und die Richtgrößen nach Absatz 3 gelten bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen für das Folgejahr.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.“

41. § 85 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig.“

b) In Absatz 2 wird Satz 6 wie folgt gefaßt:

„Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig.“

c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2 a) Die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht nach § 122 abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Leistungen, die mit einem vor dem 1. Januar 1993 erworbenen und in Betrieb genommenen, nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgerät erbracht werden, werden nur vergütet, wenn dieses Gerät nachträglich gemäß § 122 zugelassen worden ist.

(2 b) Die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis. Der Bewertungsausschuß

(§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine differenzierte Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt."

d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten.“

e) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze eingefügt:

„(3 a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach § 270 und § 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahre 1993 sind auf das entsprechend der Zuwachsrates der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. Bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen der Vertragszahnärzte werden zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht berücksichtigt. Vergütungszuschläge nach § 135 Abs. 4 sowie Mehrausgaben auf Grund der gesetzlichen Leistungsausweitung in § 22 werden entsprechend der Zahl der erbrachten Leistungen zusätzlich berücksichtigt. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte in den Abschnitten B VI und B VII aufgeführten Zuschläge für Leistungen des ambulanten Operierens sowie die damit verbundenen Operations- und Anästhesieleistungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 10 vom Hundert erhöht.

(3 b) Für die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 1993 sind auf das verdoppelte, um 4 vom Hundert sowie entsprechend der Zuwachsrates der beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 a Satz 1 erhöhte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. In den Jahren 1993 und 1994 sind die nach Absatz 3 a

Satz 1 erhöhten Vergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert zu erhöhen. Die Gesamtvergütungen für die zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf das um die Ausweitung der halben Leistungsmenge gegenüber 1991 bereinigte verdoppelte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. Die Bereinigung erfolgt in der Weise, daß die halbierten Ausgaben des Jahres 1991 um die für 1992 vereinbarte Punktwertsteigerung sowie die Hälfte der Steigerung der Leistungsmenge erhöht werden. Zugrunde zu legen sind die jahresdurchschnittlichen Punktwerte.

(3 c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde gelegte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von der tatsächlichen Veränderungsrate ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen; eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen ist ebenfalls zu berücksichtigen."

f) In Absatz 4 wird Satz 4 gestrichen.

g) Nach Absatz 4 werden folgende Absätze eingefügt:

„(4 a) Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen, insbesondere auf Grund der Maßnahmen nach § 87 Abs. 2 b erzielt werden, sind zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung zu verwenden.

(4 b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350 000 Punkten pro Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450 000 pro Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550 000 pro Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztätig angestelltem Zahnarzt im Sinne von § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und um 15 vom Hundert für

Ausbildungsassistenten. Bei Teilzeit- oder nicht ganzjähriger Beschäftigung reduziert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne von § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

(4 c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und kassenbezogen nach dem Rechnungsdatum zu erfassen, mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4 b zugrunde zu legen.

(4 d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4 b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32 b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der Ausbildungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4 e) Die Durchführung der Vergütungsminimierung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4 b. § 85 Abs. 2 b ist zu beachten. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 sind den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4 f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4 c bis 4 e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt."

42. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesverbänden“ ersetzt durch das Wort „Spitzenverbänden“.

bb) Satz 4 wird gestrichen.

cc) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Arzneiverordnungsblätter sind so zu gestalten, daß bis zu drei Verordnungen je Verordnungsblatt möglich sind. Dabei ist für jede Verordnung ein Feld für die Auftragung des Kennzeichens nach § 300 Abs. 1 Nr. 1 sowie ein weiteres Feld vorzusehen, in dem der Arzt seine Entscheidung nach § 73 Abs. 5 durch Ankreuzen kenntlich machen kann.“

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2 a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung). Darüber hinaus sind weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Regelungen sind spätestens bis zum 31. Dezember 1995 zu treffen; die Regelungen nach Satz 1 sollen spätestens ab 1995 getroffen werden.“

(2b) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind die Bewertungen der Laborleistungen bis zum 31. Dezember 1993 entsprechend den Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 anzupassen und neu zu ordnen. Bei der Neuordnung sind Möglichkeiten der strukturellen Veränderungen der Versorgung mit Laborleistungen einzubeziehen.“

c) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 82 Abs. 1.“

43. § 88 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2 a) Für das Jahr 1993 werden die zahn-technischen Vergütungen bei Leistungen für Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung für gewerbliche Labore und Praxislabore auf der Basis der am 31. Dezember 1992 geltenden Preise um 5 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Innungs-

verbände der Zahntechniker können unterschiedliche Absenkungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 5 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt."

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Die Verträge nach § 83 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 2 und 2 a um mindestens 5 vom Hundert unterschreiten."

44. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

"(1 a) Kommt ein gesetzlich vorgeschriebener Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande und stellt keine der Vertragsparteien bei dem Schiedsamt den Antrag, eine Einigung herbeizuführen, können die zuständigen Aufsichtsbehörden nach Ablauf einer von ihnen gesetzten angemessenen Frist das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamt setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einigen."

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"§ 213 Abs. 2 gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen entsprechend."

d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

"(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung. Das

Schiedsamt besteht aus sieben von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Absatz 3 gilt entsprechend."

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

"(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiter übertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandungen gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend."

f) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Im übrigen gelten die Absätze 1, 1 a und 3, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."

g) Absatz 8 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Im übrigen gelten die Absätze 1, 1 a und 3, Absatz 5 Satz 2 bis 6 entsprechend."

45. § 92 wird wie folgt geändert:

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

"9. Bedarfsplanung, "

b) Absätze 2 und 3 werden gestrichen.

c) Absatz 6 wird gestrichen.

d) In Absatz 7 werden die Worte "und der Verträge nach § 83 Absatz 3 und 4" gestrichen.

46. Nach § 92 wird folgender Paragraph eingefügt:

"§ 92 a

Institut 'Arzneimittel
in der Krankenversicherung'

(1) Beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird ein Institut 'Arzneimittel in der Krankenversicherung' errichtet. Mitglieder des Instituts sind

1. drei Sachverständige der Pharmakologie und der klinischen Pharmakologie,

2. drei Sachverständige der ärztlichen Praxis und der klinischen Medizin,
3. ein Sachverständiger der medizinischen Statistik,
4. ein Sachverständiger der Pharmazie,
5. je ein Sachverständiger der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie.

Die Sachverständigen und ihre Stellvertreter werden vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit für die Dauer von vier Jahren berufen. Kommt die Berufung nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist zustande, beruft der Bundesminister für Gesundheit die Sachverständigen.

(2) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sind unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie können ihr Amt durch Erklärung gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen jederzeit niederlegen. Die Mitglieder dürfen keine finanziellen oder sonstigen Interessen haben, die ihre Unparteilichkeit beeinflussen könnten; sie geben gegenüber dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine entsprechende Erklärung ab.

(3) Der Bundesminister für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder des Instituts, die Geschäftsführung, das Verfahren sowie die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

(4) Das Institut hat eine Geschäftsstelle beim Bundesminister für Gesundheit. An den Sitzungen des Instituts können Vertreter des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen teilnehmen.

(5) Das Institut erstellt zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 34 a eine wirkstoffbezogene Vorschlagsliste ordnungsfähiger Fertigarzneimittel für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die in der Liste bezeichneten Arzneimittel müssen die Voraussetzungen des § 12 Abs. 1 erfüllen. In die Vorschlagsliste werden nicht aufgenommen

1. Arzneimittel, für die nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ein mehr als geringfügiger therapeutischer Nutzen hinsichtlich des Ausmaßes des zu erzielenden therapeutischen Effektes nicht nachgewiesen oder deren therapeutische Zweckmäßigkeit zweifelhaft ist,
2. Arzneimittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können,

3. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden.

(6) Bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen. Diese Arzneimittel sind in die Liste nach Absatz 5 gesondert aufzunehmen, soweit sie nach § 25 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes zugelassen sind oder einem nach § 25 Abs. 7 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes bekanntgemachten Ergebnis mit einer positiven Bewertung oder einem vom Bundesgesundheitsamt vorgelegten Muster nach Artikel 3 § 7 Abs. 3 a Satz 2 Nr. 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts entsprechen. Dies gilt nicht, soweit vollständige Indikationsgebiete nach Absatz 5 Satz 3 Nr. 1 oder 3 nicht in die Liste nach Absatz 5 aufgenommen werden.

(7) Das Institut beschließt die Liste nach Absatz 5 mit der Mehrheit seiner Mitglieder. Das Institut soll die Liste laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen und neue Arzneimittel und Therapieprinzipien berücksichtigen. Arzneimittel, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse für die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr geeignet sind, sind aus der Liste herauszunehmen. Sachverständigen der medizinischen, pharmakologischen und pharmazeutischen Wissenschaft, der in Absatz 6 genannten besonderen Therapierichtungen sowie den Berufsvertretungen der Ärzte, der Apotheker, den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Liste nach Absatz 5 ist erstmalig bis zum 30. Juni 1995 zu beschließen.

(8) Das Institut stellt nach Erlaß der Rechtsverordnung nach § 34 a die darin bezeichneten Arzneimittel gegliedert nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen und Stoffen sowie Therapierichtungen zusammen. Die Zusammenstellung hat einen Preisvergleich, auch in graphischer Form, auf der Grundlage rechnerischer mittlerer Tagesdosen sowie Angaben zur Höhe der Festbeträge nach § 35 zu enthalten und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen zu ermöglichen. Die Zusammenstellung ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen und den Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen. Sie ist in geeigneten Zeitabständen, mindestens einmal im Jahr, zu aktualisieren. Absatz 7 Satz 3 gilt entsprechend.

(9) Der Vertragsarzt kann Arzneimittel verordnen, die nicht nach § 34 a ordnungsfähig sind. Hierfür ist ein gesondertes Verordnungsblatt mit maschinenlesbarer Kennzeichnung vorzusehen. Der Arzt hat die Verordnung schriftlich zu begründen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere, insbesondere das Verfahren für die Überprüfung der Verordnungen.

(10) Das Institut unterstützt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung, insbesondere bei der Erstellung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(11) Das Bundesgesundheitsamt, die pharmazeutischen Unternehmer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer sowie der Apotheker sind verpflichtet, dem Institut auf Verlangen die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Unterlagen zu übermitteln und notwendige Auskünfte zu erteilen.

(12) Klagen gegen die Vorschlagsliste nach Absatz 5 sind unzulässig. Für Klagen gegen die Zusammenstellung der Arzneimittel nach Absatz 8 gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend. Die Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die Gliederung nach Indikationsgebieten, Stoffgruppen oder Stoffen, die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder gegen sonstige Bestandteile der Zusammenstellung ist unzulässig."

47. § 93 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Kommt der Bundesausschuß seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist nach, kann der Bundesminister für Gesundheit die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekannt machen.“

48. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) § 95 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95 a für Vertragsärzte,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.“

- b) Dem Absatz 7 werden folgende Sätze angefügt:

„Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein achtundsechzigstes Lebensjahr vollendet. War der Vertragsarzt

1. zum Zeitpunkt der Vollendung des achtundsechzigsten Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig und
2. vor dem 1. Januar 1993 bereits als Vertragsarzt zugelassen,

verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Für die Verträge nach § 82 Abs. 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.“

- c) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Worte „§ 83 Abs. 3“ ersetzt durch die Worte „§ 82 Abs. 1“.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 9 und die §§ 72 a, 95 b gelten für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend.“

- d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(9) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. Das Nähere bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 gilt für den angestellten Arzt entsprechend.“

49. Nach § 95 wird folgender Paragraph eingefügt:

„ § 95 a

Voraussetzung für die Eintragung
in das Arztregister für Vertragsärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassene Einrichtungen erworben hat.

(3) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,

3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung der Richtlinien des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erworben hat.

(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber von in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen sind, die in Ausführung von Artikel 1 der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) ausgestellt worden oder nach Artikel 6 dieser Richtlinie den in Artikel 1 geregelten Nachweisen gleichgestellt sind. Einzutragen sind auch Inhaber von in anderen Mitgliedsstaaten ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Facharztes, die nach Artikel 4 der Richtlinie des Rates der EG vom 16. Juni 1975 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes und für die Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (75/362/EWG) anzuerkennen sind oder wenn sie, sofern sie die Eintragung bis zum 31. Dezember 1994 beantragen, Inhaber von nach Artikel 3 dieser Richtlinie anerkannten, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Arztes sind.“

50. Nach § 95 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 95 b

Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grunde zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72 a Abs. 1, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

(3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Kranken-

kasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt. Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.“

51. In § 98 Abs. 2 Nr. 13 werden nach den Worten „die Kassenärzte“ die Worte „angestellte Ärzte,“ eingefügt.

52. § 101 wird wie folgt gefaßt:

„§ 101

Überversorgung

Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,
3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der ärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind.

Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. Vertragsärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragsarzt angestellte ganztags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 1 und angestellte halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.“

53. § 102 wird wie folgt gefaßt:

„§ 102

Bedarfszulassung

Ab 1. Januar 1999 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Die Bundesausschüsse haben in Richtlinien Kriterien für die Anwendung der Verhältniszahlen auf ärztliche Zusammenschlüsse zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Zulassungen gefördert werden. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen

würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen, es sei denn, der Bedarfsplan für das jeweilige Versorgungsgebiet sieht ausnahmsweise die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze vor, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind.“

54. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuß nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blätter unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind des Vertragsarztes, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.“

d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen (Registerstelle) führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste. In die Warteliste werden auf Antrag die Ärzte, die sich um einen Vertragsarztsitz bewerben und in das Arztregister

eingetragen sind, aufgenommen. Bei der Auswahl der Bewerber für die Übernahme einer Vertragsarztpraxis nach Absatz 4 ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen.“

55. § 104 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Verweisung „102“ durch die Verweisung „101“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

b) In Absatz 3 wird die Verweisung „§ 83 Abs. 3“ durch die Verweisung „§ 82 Abs. 1“ ersetzt.

56. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „kassenärztlichen“ ersetzt durch das Wort „vertragsärztlichen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),

2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Vertragspartner können vereinbaren, die Stichprobe getrennt nach Arztgruppen zu ziehen.

Die Prüfungen nach Durchschnittswerten und die Zufälligkeitsprüfungen umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine erneute Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 findet im Regelfall nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der

- Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die Vereinbarung für die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 hat einen Vomhundertsatz der Überschreitung vorzusehen, ab dem Prüfungen ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen Vomhundertsatz der Überschreitung, ab dem der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Vertragspartner haben auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den §§ 29, 30 und 64 Kosten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.“
- d) In Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Vereinigungen“ das Wort „gemeinsame“ eingefügt.
- e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ ein Komma und die Worte „ihres Verbandes“ eingefügt; das Wort „Kassenarzt“ wird ersetzt durch das Wort „Vertragsarzt.“
- bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Krankenkasse oder ihr Verband kann vor Stellung eines Antrags nach Satz 1 den Vertragsarzt mit seiner Zustimmung über die veranlaßten Leistungen, deren Kosten und über wirtschaftliche Alternativen informieren.“
- f) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz angefügt:
- „(5 a) Abweichend von Absatz 5 werden bei einer Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 um mehr als 15 vom Hundert Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ohne Antragstellung durchgeführt; bei einer Überschreitung um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend. Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung. Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 3 können frühestens ab 1. Januar 1995 Vomhundertsätze vereinbaren, die von den in Satz 1 genannten abweichen.“
- g) Absatz 7 wird gestrichen.
57. § 109 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.“
- b) In Absatz 4 Satz 3 wird der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt.
58. § 110 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
- „Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.“
- b) Dem Satz 4 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die zuständige Landesbehörde nicht innerhalb von sechs Monaten nach Mitteilung der Kündigung widersprochen hat.“
59. § 111 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird vor dem Wort „leistungsfähige“ das Wort „bedarfsgerecht,“ eingefügt.
- b) Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.“
60. In § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird das Komma gestrichen und folgender Satzteil angefügt: „einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,“.
61. § 113 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag innerhalb von zwei Monaten von der Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 1 bestimmt.“
- b) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Der Prüfer ist unabhängig und an Weisungen nicht gebunden.“

62. § 115 wird wie folgt geändert:

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

„die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „bis zum 31. Dezember 1989“ gestrichen.

c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 ist zulässig, solange und soweit die Landesregierung eine Rechtsverordnung nicht erlassen hat.“

63. Nach § 115 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 115 a

Vor- und nachstationäre Behandlung
im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung unverzüglich zu unterrichten.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien

nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115 b

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 31. März 1993 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt.

(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Opera-

tionen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen.

(5) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.“

64. § 122 wird wie folgt gefaßt:

„§ 122

Medizinisch-technische Großgeräte

(1) Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in den Großgeräteausschüssen nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte sowie die Anhaltzahlen für den bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz der Großgeräte. Bis zum Erlass der Rechtsverordnung treffen die Großgeräteausschüsse eine entsprechende Regelung.

(3) Für jedes Land oder für Teile eines Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausesgesellschaft, die Vertreter der Vertragsärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Beteiligten im Großgeräteausschuß stimmen einvernehmlich den Standort eines Großgerätes und eine Mitnutzung durch Dritte ab. Die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Anhaltzahlen sowie insbesondere die medizinischen Leistungserfordernisse, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Zumutbarkeit der Entfernung für die Versicherten, die bereits zur Verfügung stehenden Großgeräte, die Qualifikation für das Betreiben des Großgerätes, die Förderung einer gemeinsamen Nutzung sowie der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf (§ 10 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgeset-

zes) sind zu berücksichtigen. Bei regionalen Besonderheiten kann der Großgeräteausschuß von der Rechtsverordnung nach Absatz 2 abweichende Regelungen treffen. Um einen gleichmäßigen Zugang zur Großgerätenutzung sicherzustellen, kann der Großgeräteausschuß mit der Standortzuweisung die Bestimmung verbinden, daß die Mitnutzung durch andere Antragsteller im Rahmen der vorhandenen Nutzungsmöglichkeiten zu gestatten ist. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Das Ergebnis der Abstimmung oder der Entscheidung nach Absatz 4 wird gegenüber einem Krankenhausträger durch Bescheid der zuständigen Landesbehörde und gegenüber einem Vertragsarzt durch Bescheid des zuständigen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt. Im Falle einer Klage gegen den Bescheid findet ein Vorverfahren nicht statt.“

65. In § 127 wird nach Absatz 2 folgender Absatz angefügt:

„(3) Die Krankenkassen können bei den Leistungserbringern Preisvergleiche über Hilfsmittel durchführen und die Versicherten sowie die Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, zum Festbetrag zu liefern, informieren. Sie können Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen.“

66. In § 129 Abs. 6 Satz 1 werden die Worte „im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die“ gestrichen.

67. § 131 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 2 werden die Worte „Ermittlung der Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 und die“ gestrichen.

b) In Absatz 4 werden die Worte „die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und“ gestrichen.

68. § 135 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene haben gemeinsam und einheitlich auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu vereinbaren. Vor der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie ist in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Kranken-

kassen gemeinsam und einheitlich. § 195 BGB bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt hiervon unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekanntmachen.“

69. Nach § 135 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 135 a

Qualitätssicherung bei ambulanten
Vorsorgeleistungen
und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, bestimmen gemeinsam durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und der ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 1. Die Leistungserbringer, für die ein Vertrag nach § 125 gilt, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.“

70. In § 137 Satz 4 werden nach der Verweisung „§ 111“ die Worte „unter Beteiligung der Ärztekammern, soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,“ eingefügt.

71. Dem § 140 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen Eigeneinrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72 a Abs. 1 erfüllt werden soll.“

72. § 141 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.“

b) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bundesminister für Wirtschaft, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesminister für Familie und Senioren sind zu beteiligen. Der Bundesminister für Gesundheit kann weitere Verbände zu den Sitzungen der Konzertierten Aktion beratend hinzuziehen.“

73. § 143 wird wie folgt gefaßt:

„§ 143

Bezirk der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, daß sich die Region über mehrere Länder erstreckt.“

74. § 144 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen“ durch das Wort „Verwaltungsräte“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.“

75. § 145 wird wie folgt gefaßt:

„§ 145

Vereinigung innerhalb eines Landes
auf Antrag

(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann oder

2. der Bedarfssatz einer Ortskrankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen auf Bundes- oder Landesebene um mehr als 5 vom Hundert übersteigt.

(2) Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und

2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

Erstreckt sich der Bezirk nach der Vereinigung der Ortskrankenkassen über das Gebiet eines Landes hinaus, gilt § 143 Abs. 3 entsprechend.

(3) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistun-

gen, die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht und um den nach § 266 erhaltenen Risikostrukturausgleich. Zu den Ausgaben zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Risikostrukturausgleich nach § 266."

76. Nach § 146 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 146 a
Schließung

Eine Ortskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird. § 155 und § 164 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend."

77. § 147 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „vierhundertfünfzig“ ersetzt durch die Zahl „1000“.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Leistungsfähigkeit ist insbesondere dann gefährdet, wenn der Bedarfssatz einer betroffenen Ortskrankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 10 vom Hundert oder den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt. § 313 Abs. 1 gilt entsprechend.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Arbeitgeber kann auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen. Wird eine Betriebskrankenkasse nach dem 31. Dezember 1995 errichtet, ist in der dem Antrag auf Genehmigung nach § 148 Abs. 3 beigefügten Satzung zu bestimmen, ob der Arbeitgeber auf seine Kosten das Personal bestellt. Bei am 1. Januar 1996 bereits errichteten Betriebskrankenkassen kann der Arbeitgeber die weitere Übernahme der Kosten des für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personals ablehnen. Die Ablehnung ist bis zum 31. März 1996 gegenüber dem Vorstand der Betriebskrankenkasse zu erklären. In diesem Fall übernimmt die Betriebskrankenkasse spätestens nach Ablauf von drei Jahren nach Zugang der Ablehnungserklärung beim Vorstand der Betriebskrankenkasse die bisher mit der Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse beauftragten Personen, wenn sie zustimmen. Die Betriebskrankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein. Neueinstellungen nimmt ab dem 1. April 1996 die Betriebskrankenkasse vor, wenn der Arbeitgeber die Übernahme der

Kosten der für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen abgelehnt hat. Die Entscheidung des Arbeitgebers über die Bestellung des Personals ist unwiderruflich. Sofern eine Betriebskrankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 vorsieht, kann der Arbeitgeber erneut entscheiden, ob er weiterhin das für die Führung der Geschäfte erforderliche Personal auf seine Kosten bestellen will. Sätze 4 bis 10 gelten entsprechend.“

78. § 148 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig“ durch die Zahl „1000“ ersetzt.

- b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten.“

79. § 149 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 148 gilt entsprechend.“

80. § 150 wird wie folgt gefaßt:

„§ 150
Freiwillige Vereinigung

(1) Betriebskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden.

(2) § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Für Betriebskrankenkassen, deren Satzungen eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthalten, gelten §§ 145 und 146 entsprechend; für die Vereinigung einer oder mehrerer bundesunmittelbarer Betriebskrankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen gilt § 168 a Abs. 2 entsprechend.“

81. In § 151 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält.“

82. § 152 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlung“ durch das Wort „Verwaltungsrat“ ersetzt.

- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält. Für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, die nach dem 31. Dezember 1995 vereinigt wurden, ist der Antrag nach Satz 1 von allen beteiligten Arbeitgebern zu stellen.“

83. § 153 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist und die Satzung keine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält,“.

84. § 154 wird gestrichen.

85. § 155 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, geht dieses auf den Landesverband über. Das Vermögen geht auf den Bundesverband über, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehört.“

b) In Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält; in diesem Falle hat der Landesverband die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Verpflichtungen hat der Bundesverband zu erfüllen, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Betriebskrankenkasse keinem Landesverband angehört.“

86. In § 156 werden die Worte „Satz 2,“ gestrichen.

87. § 157 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird das Wort „vierhundertfünfzig“ durch die Zahl „1000“ ersetzt.

b) In Nummer 2 wird das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt.

c) Nummer 3 wird gestrichen.

88. § 158 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig“ durch die Zahl „1000“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung und der Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten.“

89. § 159 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „der Gesellenausschuß der vereinigten Handwerksinnung“ durch die Worte „die Mehrheit der in den Innungsbetrieben Beschäftigten“ ersetzt und die Worte „und 3“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „vierhundertfünfzig“ durch die Zahl „1000“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, treffen die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörden, die vor der Anpassung zuständig waren. Sie geben den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit sich zu äußern.“

90. § 160 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen“ durch das Wort „Verwaltungsräte“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „nach“ durch das Wort „vor“ und das Wort „Aufsichtsbe-

hörde“ durch das Wort „Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch die Landesregierung gelten §§ 145 und 146 entsprechend.“

91. In § 161 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für Innungskrankenkassen, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält.“

92. § 162 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlung“ durch das Wort „Verwaltungsrat“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält.“

93. In § 163 wird folgender Satz angefügt:

„Nummer 1 gilt nicht, wenn die Satzung der Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält.“

94. Dem § 164 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Nr. 4 enthält; in diesem Fall gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 und 5 entsprechend.“

95. § 168 wird wie folgt gefaßt:

„§ 168

Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind am 31. Dezember 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen können.

(2) Beschränkungen des aufnahmeberechtigten Mitgliederkreises sind nicht zulässig.

(3) Der Bezirk einer Ersatzkasse kann durch Satzungsregelung auf das Gebiet eines oder mehrerer Länder oder das Bundesgebiet erweitert werden. Die Satzungsregelung bedarf der Genehmigung der vor der Erweiterung zuständigen Aufsichtsbehörde.“

96. Folgender § 168 a wird eingefügt:

„168 a

Vereinigung der Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen können sich auf Beschluß ihrer Verwaltungsräte vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Für das Verfahren gilt § 144 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann auf Antrag einer Ersatzkasse oder eines Spitzenver-

bandes der Ersatzkassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Ersatzkassen nach Anhörung der betroffenen Ersatzkassen vereinigen. Für die Vereinigung von Ersatzkassen durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheit gelten §§ 145 und 146 entsprechend.“

97. § 169 wird gestrichen.

98. In § 171 werden die Worte „Auflösung und“ gestrichen.

99. Der Zweite Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Zweiter Abschnitt
Wahlrechte und Zuständigkeit

Erster Titel
Wahlrechte der Mitglieder

§ 173

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, im Arbeitsförderungsgesetz oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen.

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse am Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsför-

dernden Maßnahmen, Behinderte und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte Behinderte können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

§ 174

Besondere Wahlrechte

(1) Für versicherte Rentner, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, gilt § 173 nur, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenanspruchstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Absatz 2 gilt nicht.

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) Die bei der See-Berufsgenossenschaft oder der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse wählen.

§ 175

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Die Mitgliedsbescheinigung ist der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich vorzulegen.

(3) Das Wahlrecht Versicherungspflichtiger ist innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht auszuüben. Wird das Wahlrecht nicht innerhalb dieses Zeitraums ausgeübt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Wird das Wahlrecht nicht nach Absatz 1 Satz 1 erklärt und erfolgt keine Meldung nach Satz 2, ist die Ortskranken-

kasse des Wohnorts, für nach § 173 Abs. 2 Nr. 3 wahlberechtigte Versicherungspflichtige die Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuständig.

(4) Der Versicherungspflichtige ist an die Kassenwahl mindestens zwölf Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres möglich. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.

Zweiter Titel Zuständigkeit

§ 176

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind abweichend von § 173

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

3. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
4. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der See-Krankenkasse an, wenn sie zuletzt bei der See-Krankenkasse versichert waren; § 173 gilt.

§ 177

Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind abweichend von § 173 die in

den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren; § 173 gilt."

100. Dem § 183 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, können die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Absätze 3 und 5 gelten entsprechend.“

101. Dem § 186 wird folgender Absatz angefügt:

„(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.“

102. § 190 Abs. 12 wird gestrichen.

103. In § 192 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ durch die Worte „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ ersetzt.

104. In § 194 Abs. 1 Nr. 7 werden die Worte „der Vertreterversammlung“ durch die Worte „des Verwaltungsrates“ ersetzt.

105. § 197 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift „Vertreterversammlung“ wird ersetzt durch die Überschrift „Verwaltungsrat“.

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

aa) Im Eingangssatz werden die Worte „Die Vertreterversammlung“ durch die Worte „Der Verwaltungsrat“ ersetzt.

bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

„1a. den Vorstand zu überwachen,“.

cc) In Nummer 3 werden die Worte „und des Geschäftsführers“ gestrichen.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Der Verwaltungsrat kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

(3) Der Verwaltungsrat soll zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden.“

106. Nach § 207 Abs. 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Vereinigen sich in einem Land alle Mitglieder eines Landesverbandes oder werden alle Mitglieder eines Landesverbandes durch die Landesregierung zu einer Krankenkasse vereinigt, tritt diese Krankenkasse in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes ein.“

107. § 208 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Geschäftsführer“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „und für den Geschäftsführer § 31 Abs. 1 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 und § 37 Abs. 2“ gestrichen.

108. § 209 wird wie folgt gefaßt:

„§ 209

Verwaltungsrat der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat nach näherer Bestimmung der Satzungen gebildet. Der Verwaltungsrat hat höchstens 30 Mitglieder. In dem Verwaltungsrat müssen, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein.

(2) Der Verwaltungsrat setzt sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. § 44 Abs. 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden von dem Verwaltungsrat der Mitgliedskassen aus dessen Reihen gewählt.

(4) Für den Verwaltungsrat gilt § 197 entsprechend. § 33 Abs. 3, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

109. Nach § 209 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 209 a

Vorstand bei den Landesverbänden

Bei den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen wird ein Vorstand gebildet. Er besteht aus höchstens drei Personen. § 35a Abs. 1 bis 3 und 5 bis 7 des Vierten Buches gilt entsprechend.“

110. § 210 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „seine Vertreterversammlung“ durch die Worte „seinen Verwaltungsrat“ ersetzt.

b) In Satz 3 Nr. 2 werden die Worte „der Selbstverwaltungsorgane“ durch die Worte „des Verwaltungsrats“ und in Satz 3 Nr. 4 die Worte „der Vertreterversammlung“ durch die Worte „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

111. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ersatzkassen und ihre Verbände haben für alle auf der Landesebene abzuschließenden Verträge einen Bevollmächtigten mit Abschlußkompetenz zu benennen.“

112. § 215 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für den Verwaltungsrat und den Vorstand der Bundesverbände gelten § 209 und § 209a entsprechend. Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen.“

b) In Absatz 2 werden die Worte „der Selbstverwaltungsorgane“ durch die Worte „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

113. In § 216 Satz 1 werden die Worte „seine Vertreterversammlung“ durch die Worte „seinen Verwaltungsrat“ ersetzt.

114. In § 218 Abs. 1 werden die Worte „ihrer Vertreterversammlungen“ durch die Worte „ihrer Verwaltungsräte“ ersetzt.

115. § 219 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände können insbesondere mit Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation Arbeitsgemeinschaften zur Wahrnehmung der in Absatz 1 genannten Aufgaben bilden.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 3.

116. Dem § 220 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Weichen die nach § 270 a vom Bundesminister für Gesundheit bekannt gegebenen Feststellungen von den Vorausschätzungen ab, die die Krankenkasse ihrem Haushaltsplan zugrunde gelegt hatte, hat die Krankenkasse Überschreitungen des Haushaltsplans des Vorjahres mit den für das laufende Kalenderjahr vorgesehenen Ausgaben zu verrechnen.“

117. In § 221 Abs. 1 werden die Worte „der Vertreterversammlung“ durch die Worte „dem Verwaltungsrat“ ersetzt.
118. In § 222 Abs. 1 werden die Worte „der Vertreterversammlung“ durch die Worte „dem Verwaltungsrat“ ersetzt.
119. Nach § 238 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 238 a

Rangfolge der Einnahmearten
freiwillig versicherter Rentner

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlungsbetrag der Rente, der Zahlungsbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen (§ 240 Abs. 1), bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.“

120. § 240 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 229 Abs. 2“ ein Komma und die Angabe „§ 238 a“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Für am 31. Dezember 1992 versicherungspflichtige Rentner, die zum 1. Januar 1993 die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 nicht erfüllen, sowie für Versicherte, bei denen am 31. Dezember 1992 § 248 Abs. 2 anzuwenden war, gilt für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des maßgeblichen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse.“

121. § 248 Abs. 2 wird gestrichen.

122. § 257 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Zuschuß beträgt die Hälfte des nach Absatz 2 a Satz 2 zu errechnenden durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat.“

- b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2 a) Der Zuschuß nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversiche-

rungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschlußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Juli nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 247) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2 b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschlußberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist.

(2 c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2 a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.“

123. Dem § 258 wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2a bis 2c gilt entsprechend.“

124. In der Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels werden das Wort „Finanzausgleiche“ durch die Worte „Finanz- und Risikostrukturausgleiche“ ersetzt und die Worte „Erster Titel“ sowie „Finanzausgleiche innerhalb einer Kassenart“ gestrichen.

125. Nach § 265 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 265 a

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Entscheidung über die Hilfe bedarf der Zustimmung der beteiligten Landesverbände. Krankenkassen, deren Landesverbände der Hilfe nicht zustimmen, nehmen am Ausgleichsverfahren nicht teil.“

126. § 266 erhält folgende Fassung:

„§ 266

Risikostrukturausgleich

(1) Zwischen den Krankenkassen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Mit dem Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der nach § 10 Versicherten und der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) zwischen den Krankenkassen ausgeglichen. Einnahmen- und Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der Versicherten nach § 10 oder die Alters- oder Geschlechtsverteilung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zurückzuführen sind, sind nicht ausgleichsfähig.

(2) Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft ermittelt. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ist die Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten werden auf der Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten aller Krankenkassen jährlich so bestimmt, daß das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten der Versichertengruppen zueinander dem Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 für alle Krankenkassen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der

Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 zueinander entspricht.

(3) Die Finanzkraft einer Krankenkasse ist das Produkt aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder und dem Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Er ist in Hundertsteln festzusetzen. Übersteigt die Finanzkraft einer Krankenkasse ihren Beitragsbedarf, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren Beitragsbedarf ihre Finanzkraft übersteigt.

(4) Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach Absatz 2 bleiben außer Betracht

1. die von Dritten erstatteten Ausgaben,
2. Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung), sind in die Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Satz 1 einzubeziehen. Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Kassenärzte und -zahnärzte.

(5) Das Bundesversicherungsamt führt den Ausgleich durch. Es gibt für die Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft jeder Krankenkasse bekannt

1. in Abständen von längstens drei Jahren das Verhältnis der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen je Versicherten, nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2) getrennt, zu den durchschnittlichen Leistungsausgaben aller am Ausgleichsverfahren teilnehmenden Krankenkassen je Versicherten auf der Grundlage der Datenerhebung nach § 267,
2. jährlich die auf der Grundlage der Verhältniswerte nach Nummer 1 standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versichertengruppen (§ 267 Abs. 2), und
3. den Ausgleichsbedarfssatz nach Absatz 3.

Das Bundesversicherungsamt kann zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen.

(6) Das Bundesversicherungsamt stellt im voraus für ein Kalenderjahr die Werte nach Absatz 5 Nr. 2 und 3 vorläufig fest. Bei der Berechnung der von Krankenkassen zu leistenden Ausgleichs-

zahlungen legen die Krankenkassen die Werte nach Satz 1, die zum 1. Oktober des Vorjahres erhobene Zahl ihrer Versicherten je Versichertengruppe nach § 267 Abs. 2 und die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder zugrunde. Nach Ablauf des Kalenderjahres sind der Beitragsbedarf und die Finanzkraft jeder Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und der zum 1. Oktober dieses Jahres erhobenen Versichertenzahlen der beteiligten Krankenkassen zu ermitteln. Die nach Satz 2 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Festsetzung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach Satz 5 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen. Die Durchführung von für den Risikostrukturausgleich erforderlichen Berechnungen und des Zahlungsverkehrs kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 auf die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte übertragen werden. Werden nach Abschluß der Ermittlung der Werte nach Satz 3 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der Ermittlung beim nächsten Ausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

(7) Der Bundesminister für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die Ermittlung der Werte nach Absatz 5 sowie die Art, den Umfang und den Zeitpunkt der Bekanntmachung der für die Durchführung des Risikoausgleichsverfahrens erforderlichen Daten,
2. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 3 und der Leistungsausgaben nach Absatz 2, 4 und 5; dabei können für in § 267 Abs. 3 genannte Versichertengruppen abweichend von Absatz 2 Satz 3 besondere Standardisierungsverfahren und Abgrenzungen für die Berücksichtigung des Krankengeldes oder der beitragspflichtigen Einnahmen geregelt werden,
3. die Abgrenzung der zu berücksichtigenden Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 einschließlich der Altersabstände zwischen den Altersgruppen, auch abweichend von § 267 Abs. 2,
4. die Berechnungsverfahren,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Verzinsung bei Verzug,
6. das Verfahren und die Durchführung des Ausgleichs,
7. die Festsetzung der Stichtage und Fristen nach § 267; anstelle des Stichtages nach § 267 Abs. 2 kann ein Erhebungszeitraum bestimmt werden,

8. die von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern und den Leistungserbringern mitzuteilenden Angaben,

9. die Berücksichtigung des Finanzausgleichs nach § 265.

(8) Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Risikostrukturausgleich nicht teil."

127. § 267 erhält folgende Fassung:

„§ 267

Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

(1) Die Krankenkassen erheben für jedes Geschäftsjahr nicht versichertenbezogen

1. die Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der Gliederung und nach den Bestimmungen des Kontenrahmens,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen, getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner.

(2) Die Krankenkassen erheben jährlich zum 1. Oktober die Zahl der Mitglieder und der nach § 10 versicherten Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht. Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt nach den in §§ 241 bis 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Merkmalen. Die Zahl der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt erhoben.

(3) Die Krankenkassen erheben in Abständen von längstens drei Jahren, erstmals für das Geschäftsjahr 1994, nicht versichertenbezogen die in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben und die Krankengeldtage auch getrennt nach den Altersgruppen gemäß Absatz 2 Satz 1 und nach dem Geschlecht der Versicherten, die Krankengeldausgaben nach § 44 und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in §§ 241 bis 243 genannten Mitgliedergruppen; die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden mit Ausnahme der Leistungen nach § 266 Abs. 4 Satz 2 nicht erhoben. Bei der Erhebung nach Satz 1 sind die Leistungsausgaben für die Gruppe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute getrennt zu erheben. Die Erhebung der Daten nach den Sätzen 1 und 2 kann auf für die Region und die Kassenart repräsentative Stichproben im Bundesgebiet oder in einzelnen Ländern begrenzt werden. Der Gesamtumfang der Stichproben beträgt höchstens 10 vom Hundert aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

(4) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerhebung nach den Absätzen 1 und 3 bis zum 31. Mai des Folgejahres, die Ergebnisse der Datenerhebung nach Absatz 2 spätestens

drei Monate nach dem Erhebungsstichtag über ihre Spitzenverbände dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor.

(5) Für die Datenerfassung nach Absatz 3 können die hiervon betroffenen Krankenkassen auf dem Krankenschein auch Kennzeichen für die Mitgliedergruppen nach Absatz 3 Satz 1 und 2 verwenden. Enthält der Krankenschein Kennzeichnungen nach Satz 1, übertragen Ärzte und Zahnärzte diese Kennzeichnungen auf die für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Verordnungsblätter und Überweisungsscheine. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer verwenden die Kennzeichen nach Satz 1 bei der Leistungsabrechnung; sie weisen zusätzlich die Summen der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge in der Leistungsabrechnung gesondert aus. Andere Verwendungen der Kennzeichen nach Satz 1 sind unzulässig. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer stellen die für die Datenerfassung nach den Absätzen 1 bis 3 notwendigen Abrechnungsdaten in geeigneter Weise auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(6) Die Krankenkassen übermitteln den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über ihre Spitzenverbände die Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 und die Versicherungsnummern nach § 147 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch der bei ihnen pflichtversicherten Rentner. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über deren Spitzenverbände jährlich bis zum 31. Dezember die Summen der an die nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Mitglieder am 1. Oktober gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1. Die Meldung nach Satz 2 enthält auch die Information, welche Versicherten eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach den Sätzen 2 und 3 auf die Deutsche Bundespost übertragen; die Krankenkassen übermitteln über ihre Spitzenverbände die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die nach § 119 Abs. 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle. § 119 Abs. 6 Satz 1 und Absatz 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 4 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1 nach Durchführung ihrer Aufgaben nach Absatz 6. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 3 verwenden. Die Daten nach Satz 3 sind nach Durchführung und Abschluß des Risikostrukturausgleichs nach § 266 zu löschen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. April 1993

1. das Nähere über den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3,
2. das Nähere über das Verfahren der Kennzeichnung nach Absatz 5 Satz 1,
3. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 das Nähere über das Verfahren nach Absatz 5 Satz 2 bis 4,
4. einheitlich und gemeinsam mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 6.

(8) Kommen die Vereinbarungen nach Absatz 7 bis zum 30. April 1993 nicht zustande, bestimmt der Bundesminister für Gesundheit das Nähere über die Erhebung und Verarbeitung der Daten.

(9) Die Kosten werden getragen

1. für die Erhebung nach den Absätzen 1 und 2 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Erhebung nach Absatz 3 von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen,
3. für die Erhebung und Verarbeitung der Daten nach Absatz 5 von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den übrigen Leistungserbringern,
4. für die Meldung nach Absatz 6 der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

(10) Die Absätze 1 bis 9 gelten nicht für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.“

128. Nach § 270 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 270 a

Vorausschätzungen und Feststellungen

Der Bundesminister für Gesundheit trifft jeweils bis zum 15. Februar eine Vorausschätzung über die im laufenden Kalenderjahr je Mitglied zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate der nach § 270 zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen und stellt jeweils bis zum 1. Juli die endgültige durchschnittliche Veränderungsrate für das Vorjahr auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen fest. Die Vorausschätzungen und Feststellungen erfolgen getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet; sie werden im Bundesanzeiger bekanntgegeben.“

129. § 274 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden nach den Worten „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ die Worte „und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ sowie nach den Worten „der Landesverbände der Kran-

kenkassen" die Worte „und der Kassenärztlichen Vereinigungen" eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bundesminister für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Krankenkassen, der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, oder eine solche Prüfungseinrichtung errichten.“

cc) In Satz 5 werden nach den Worten „Die Krankenkassen" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und nach den Worten „die Verbände der Krankenkassen" die Worte „, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen" eingefügt.

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen. Die Kosten werden nach dem tatsächlich entstandenen Personal- und Sachaufwand berechnet. Der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die vom Bundesminister des Innern erstellten Übersichten über die Personalkostenansätze des laufenden Rechnungsjahres für Beamte, Angestellte und Lohnempfänger einschließlich der Sachkostenpauschale eines Arbeitsplatzes/Beschäftigten in der Bundesverwaltung, der Berechnung der Kosten für die Prüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen die entsprechenden, von der zuständigen obersten Landesbehörde erstellten Übersichten zugrunde zu legen. Fehlt es in einem Land an einer solchen Übersicht, gilt die Übersicht des Bundesministers des Innern entsprechend. Zusätzlich zu den Personalkosten entstehende Verwaltungsausgaben sind den Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe hinzuzurechnen. Die Personalkosten sind pro Prüfungsstunde anzusetzen. Die Kosten der Vor- und Nachbereitung der Prüfung einschließlich der Abfassung des Prüfberichts und einer etwaigen Beratung sind einzubeziehen. Die von den Krankenkassen und ihren Verbänden nach Satz 1 zu tragenden Kosten werden um die Kosten der Prüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vermindert.“

130. § 275 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„5. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2).“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung oder zu den Pflegestufen nach §§ 4 und 9 der Pflege-Personalregelung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine personenbezogenen Daten enthalten.“

131. Nach § 275 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 275 a

Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenkassen haben in jedem Land mit Zustimmung des nach Absatz 2 zu bestimmenden Krankenhauses die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgaben nach § 275 Abs. 4 als Modellvorhaben prüfen zu lassen. Das Modellvorhaben soll jeweils ein Krankenhaus jeder der nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufen einbeziehen. Das Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

(2) Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser, die Zahl der zu prüfenden Krankenhausaufnahmen sowie das Prüfverfahren sind durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam zu bestimmen. Kommt eine Einigung bis zum 31. März 1993 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 114 bis zum 30. Juni 1993.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenkassen und Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser zu betreten.

(4) Die Medizinischen Dienste haben die Ergebnisse ihrer Prüfung auszuwerten. Die für das Modellvorhaben erhobenen und erfaßten personenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu löschen. Die Ergebnisse, Empfehlungen und Vorschläge der einzelnen Medizinischen Dienste sind in anonymisierter Form an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten und von diesem zusammenzufassen. Die Zusammenfassung ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ihren Landesverbänden, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Verfügung zu stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zu prüfen, inwieweit die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse durch Empfehlungen an die Mitgliedsverbände umgesetzt werden können.“

132. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden nach der Angabe „§ 275“ die Worte „und für die Modellvorhaben nach § 275a“ eingefügt.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„In den Fällen des § 275 Abs. 3 a sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen einzusehen.“

133. Dem § 281 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Leistungsträgern zu erstatten.“

134. § 284 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden nach den Worten „nach § 65“ die Worte „und für die in Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 bezeichneten Zwecke“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden die Worte „und 8“ durch die Worte „8, 9 und § 305 Abs. 1“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3“ durch die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.

135. In § 285 Abs. 2 werden die Worte „Absatz 1 Nr. 5 und 6“ durch die Worte „Absatz 1 Nr. 5, 6 und § 305“ ersetzt.

136. In § 291 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „1. Januar 1992“ durch die Worte „1. Januar 1995“ ersetzt.

137. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels für die Anwendung nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für die Abrechnung der Vergütung übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen, auf Verlangen auf Datenbändern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern, für jedes Quartal die für die vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen fallbezogen, nicht versichertenbezogen.“

138. § 296 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Auffälligkeitsprüfungen“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) In Überweisungsfällen übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie des die Überweisung annehmenden Arztes.“

c) In Absatz 3 werden die Worte „(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2)“ durch die Worte „(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1)“ ersetzt.

139. § 297 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
„Zufälligkeitsprüfungen“.
- b) In Absatz 1 werden die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3“ durch die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:
„4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem in § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden.“
 - bb) Der Nummer 4 wird angefügt:
„Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“
- d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“

140. § 300 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Worte „handschriftlich oder maschinell“ durch das Wort „maschinenlesbar“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

141. § 301 wird wie folgt gefaßt:

„§ 301
Krankenhäuser

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,

5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach § 115a und § 115b sowie nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung, die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 nach dem fünfstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels und der Klassifikation für die Anwendung nach Satz 1 im Bundesanzeiger bekannt. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach der Gliederung in Anhang 1 zum Kosten- und Leistungsnachweis nach § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung anzugeben.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, der Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer Behandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,
3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
6. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. die berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. 6 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt Absatz 2 entsprechend. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend.“

142. § 302 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer sind verpflichtet, maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von

Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 zu verwenden.“

143. § 303 wird wie folgt gefaßt:

„§ 303

Ergänzende Regelungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

(2) Die Krankenkassen können zur Vorbereitung der Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 sowie zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung und Verarbeitung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. Die Identifikation des Versicherten durch die Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. § 286 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkassen dürfen ab 1. Januar 1995 Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die Daten nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6, § 295 Abs. 1 und 2, § 296 Abs. 1 und 2, § 297 Abs. 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1 und § 302 Abs. 1, in dem jeweils zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, angegeben oder übermittelt worden sind.“

144. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. die Daten nach § 292 Abs. 2, § 295 Abs. 2, § 296 Abs. 1 und 3, §§ 297 und 299 spätestens nach zwei Jahren“.

145. § 305 wird wie folgt gefaßt:

„§ 305

Auskünfte an Versicherte

Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben über die vom Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten. Durch die Antragstel-

lung erklärt der Versicherte sein Einverständnis mit der Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.“

146. Dem § 308 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3 sowie des § 311 Abs. 2 und 4 im Land Berlin nicht.“

147. § 309 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend.“

- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 175 entsprechend.“

- c) In Absatz 5 wird im letzten Halbsatz das Wort „Versicherung“ durch das Wort „Pflichtversicherung“ ersetzt.

148. § 310 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich bis zum 31. Dezember 1993 8 Deutsche Mark und vom 1. Januar 1994 an 9 Deutsche Mark zu zahlen.“

- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.“

- c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c anzuwenden ist, sind für die Anwendung des § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 und des § 40 Abs. 3 Satz 3 höchstens die Ausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied im vorvergangenen Kalenderjahr, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkassen im darauf folgenden Kalenderjahr je Mitglied erhöht werden, zugrunde zu legen; dieser Betrag wird um den Vomhundertsatz vermindert, um den sich die in § 18 Abs. 2 des Vierten Buches bestimmte Bezugsgröße (Ost) von der in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches bestimmten Bezugsgröße unterscheidet.“

- d) Die Absätze 5, 6, 8 und 10 werden gestrichen.

- e) In Absatz 11 Satz 2 wird das Wort „Juli“ durch das Wort „Januar“ ersetzt.

149. § 311 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden bei Anwendung des § 72 die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensareauftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen, soweit sie am 1. Oktober 1992 noch bestanden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder teilen die Fachambulanzen, die die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, mit ihren Tätigkeitsfeldern und der Zahl der Ärzte den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bundesminister für Gesundheit mit. Der Zulassungsausschuß kann die Zulassung nach Satz 1 widerrufen, wenn eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche ambulante Versorgung durch die Einrichtung nicht möglich ist.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „bis zum 31. Dezember 1995“ gestrichen.

bb) Buchstabe b wird gestrichen.

cc) In Buchstabe c wird Satz 1 und 2 wie folgt gefaßt:

„In den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Ärzte, die in Einrichtungen nach Absatz 2 beschäftigt sind, im Verhältnis ihrer Zahl zu der der Kassenärzte vertreten. Das zu Beginn der Wahlperiode bestehende Verhältnis nach Buchstabe c Satz 1 gilt für die gesamte Dauer.“

dd) In Buchstabe c werden die Sätze 2 bis 4 Sätze 3 bis 5.

- c) Absatz 8 wird gestrichen.

- d) An Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Anstellung von Ärzten nach § 95 Abs. 9 gilt Satz 1 entsprechend.“

150. § 311a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„ab 1. Januar 1993 beträgt der Abschlag 20 vom Hundert.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) nach den Worten „24 vom Hundert“ werden ein Komma und die Worte „ab 1. Januar 1993 22 vom Hundert,“ eingefügt.
- bb) Der Punkt wird durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „ab 1. Januar 1993 23 vom Hundert.“

151. § 312 wird wie folgt geändert:

- a) An Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:
- „Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend.“
- b) An Absatz 7 a wird folgender Satz angefügt:
- „Vom 1. Januar 1996 an gelten §§ 173 bis 177 entsprechend.“
- c) An Absatz 7 b wird folgender Satz angefügt:
- „Vom 1. Januar 1996 an ist der nach § 257 Abs. 2 a Satz 2 für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet zu errechnende durchschnittliche Höchstbeitrag anzuwenden.“

152. § 313 Abs. 10 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe a erhält folgende Fassung:
- „a) Der Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265, für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265 a, der Risikostrukturausgleich nach § 266 und die Datenerhebung nach § 267 sind für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet getrennt durchzuführen. Bei der Anwendung der §§ 265 bis 267 dürfen nur beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder und Aufwendungen für Versicherte berücksichtigt werden, die einer Krankenkasse mit Sitz in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet angehören oder angehören würden, wenn sie nicht bei einer anderen sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckenden Krankenkasse versichert wären.“
- b) Folgender Buchstabe b wird eingefügt:
- „b) Der Risikostrukturausgleich nach § 266 ist für Versicherte im Land Berlin abweichend von Buchstabe a nach den für das bisherige Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen. Für in Berlin (Ost) versicherte Mitglieder gelten als beitragspflichtige Einnahmen nach § 266 Abs. 3 die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller in Berlin (Ost und West) versicherten Mitglieder.“
- c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Artikel 2

Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewußt oder hätte hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

2. § 93 wird gestrichen.

3. § 147 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.“

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. In § 28 i Abs. 1 wird Satz 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Für Beschäftigte, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, werden Beiträge zur Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit an die Einzugsstelle gezahlt, die der Arbeitgeber in entsprechender Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt hat. Zuständige Einzugsstelle ist in den Fällen des § 28 f Abs. 2 die in § 175 Abs. 3 Satz 3 genannte Krankenkasse.“

2. In § 31 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Bei den in § 35 a Abs. 1 genannten Krankenkassen wird abweichend von Absatz 1 ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. § 31 Abs. 1 Satz 2 gilt für diese Krankenkassen nicht.“

3. § 33 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
 „Vertreterversammlung, Verwaltungsrat“.
- b) Es wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für den Verwaltungsrat nach § 31 Abs. 3 a. Soweit das Sozialgesetzbuch Bestimmungen über die Vertreterversammlung oder deren Vorsitzenden trifft, gelten diese für den Verwaltungsrat oder dessen Vorsitzenden. Dem Verwaltungsrat oder dessen Vorsitzenden obliegen auch die Aufgaben des Vorstandes oder dessen Vorsitzenden nach § 37 Abs. 2, § 38 und nach dem Zweiten Titel“.

4. Nach § 35 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 35 a

Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen

(1) Bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen verwaltet der Vorstand die Krankenkasse und vertritt die Krankenkasse gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz und sonstiges für die Krankenkasse maßgebendes Recht nicht Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, daß auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Krankenkasse vertreten können. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Mitglied des Vorstandes seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende.

(2) Der Vorstand hat dem Verwaltungsrat zu berichten über

1. beabsichtigte Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung,
2. die finanzielle Situation und die voraussichtliche Entwicklung.

Außerdem ist dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

(3) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.

(4) Der Vorstand besteht bei Krankenkassen mit bis zu 500 000 Mitgliedern aus höchstens zwei Personen, bei mehr als 500 000 Mitgliedern aus höchstens drei Personen. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. § 37 Abs. 2 gilt entsprechend. Besteht der Vorstand nur aus einer Person, hat der Verwaltungsrat einen leitenden Beschäftigten der Krankenkasse mit dessen Stellvertretung zu beauftragen.

(5) Der Vorstand sowie aus seiner Mitte der Vorstandsvorsitzende und dessen Stellvertreter werden von dem Verwaltungsrat gewählt. Bei

Betriebskrankenkassen bleibt § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unberührt; bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen, so bedarf die Bestellung der Mitglieder des Vorstandes der Zustimmung der Mehrheit der Versicherungsvertreter im Verwaltungsrat. Stimmt der Verwaltungsrat nicht zu und bestellt der Arbeitgeber keine anderen Mitglieder des Vorstandes, die die Zustimmung finden, werden die Aufgaben der Vorstandsmitglieder auf Kosten der Betriebskrankenkasse durch die Aufsichtsbehörde oder durch Beauftragte der Aufsichtsbehörde einstweilen wahrgenommen.

(6) Der Verwaltungsrat hat bei seiner Wahl darauf zu achten, daß die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung zur Führung der Verwaltungsgeschäfte besitzen auf Grund einer Fort- oder Weiterbildung im Krankenkassendienst oder einer Fach- oder Hochschulausbildung sowie in beiden Fällen zusätzlich auf Grund mehrjähriger Berufserfahrung in herausgehobenen Führungsfunktionen.

(7) Für eine Amtsenthebung und eine Amtsbindung eines Mitglieds des Vorstandes durch den Verwaltungsrat gilt § 59 Abs. 2 und 3 entsprechend. Gründe für eine Amtsenthebung oder eine Amtsbindung sind auch Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung oder Vertrauenszug durch den Verwaltungsrat, es sei denn, daß das Vertrauen aus offenbar unsachlichen Gründen entzogen worden ist.“

5. § 36 Abs. 2 Satz 2 und 3 wird gestrichen.

6. § 43 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertreterversammlung hat höchstens sechzig Mitglieder; der Verwaltungsrat der in § 35 a Abs. 1 genannten Krankenkassen hat höchstens dreißig Mitglieder.“

- b) Satz 3 wird gestrichen.

7. Dem § 44 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates bei den Krankenkassen nach § 35 a kann von dem jeweiligen Spitzenverband innerhalb seiner Kassenart in seiner Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder von der folgenden Amtsperiode an abweichend von den Absätzen 1 und 2 geregelt werden. Der Verwaltungsrat muß mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen.“

8. § 89 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist.“

Artikel 4**Änderung des
Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 32 Abs. 1 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), das zuletzt durch ... geändert wurde, wird wie folgt gefaßt:

„Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 39 Abs. 4 des Fünften Buches und § 310 Abs. 1 des Fünften Buches ergebenden Betrag.“

Artikel 5**Änderung der Reichsversicherungsordnung**

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 357 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 358

Verträge mit Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen sollen (§§ 349, 354 Abs. 1), dürfen ab dem 1. Januar 1993 nicht mehr abgeschlossen werden, es sei denn, der Angestellte unterstand am 31. Dezember 1992 bereits einer Dienstordnung.“

2. In § 413 Abs. 2 Satz 1 wird die Angabe „357“ durch die Angabe „358“ ersetzt.

Artikel 6**Änderung des Gesetzes über
die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch ... , wird wie folgt geändert:

In § 29 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind und“ durch die Worte

„Für

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind,
 2. sonstige Mitglieder,
- die“ ersetzt.

Artikel 7**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. Dem § 4 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
„§ 257 Abs. 2 a bis 2 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
2. In § 6 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf“ durch das Wort „vierundzwanzig“ und das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.
3. § 20 wird gestrichen.
4. In § 25 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ ersetzt durch die Worte „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ ersetzt.
5. § 38 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
„§ 220 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
6. In § 58 werden die Worte „und die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes“ gestrichen.

Artikel 8**Änderung
des Künstlersozialversicherungsgesetzes**

Dem § 10 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch ... geändert wurde, wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a bis 2 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Artikel 9**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 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) Voraussetzungen für die Eintragung sind

- a) die Approbation als Arzt,
- b) der erfolgreiche Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder der Nachweis einer Qualifikation, die gemäß § 95 a Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt ist.

(3) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 2 Buchstabe b ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

(4) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

- a) mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
- b) mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
- c) höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(5) Soweit die Tätigkeit als Arzt im Praktikum

- a) im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder

- b) in der Praxis eines niedergelassenen Arztes

abgeleistet worden ist, wird diese auf die Weiterbildung nach Absatz 2 Buchstabe b bis zur Höchstdauer von insgesamt 18 Monaten angerechnet.“

2. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Vertragsärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragsarzt angestellte ganztags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 1 und halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen.“

(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

3. § 16 c wird gestrichen.

4. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift:

„Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Gemeinschaftspraxis“.

5. § 32 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Der Vertragsarzt darf sich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen.“

6. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 32 b

(1) Der Vertragsarzt kann einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. § 25 gilt für den angestellten Arzt entsprechend.

(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.

(3) Der Vertragsarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten.

(4) Über die angestellten Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.“

Artikel 10

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 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Vertragszahnärzte sind mit dem Faktor 1, beim Vertragszahnarzt angestellte, ganztags beschäftigte Zahnärzte mit

dem Faktor 1 und halbtags beschäftigte Zahnärzte mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen.

(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen."

2. § 16 c wird gestrichen.

3. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift:

„Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Gemeinschaftspraxis“.

4. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 32 b

(1) Der Vertragszahnarzt kann einen ganztags beschäftigten Zahnarzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Zahnärzte anstellen. § 25 gilt für den angestellten Zahnarzt entsprechend.

(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.

(3) Der Vertragszahnarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten.

(4) Über die angestellten Zahnärzte führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis."

Artikel 11

Änderung

des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird der Punkt nach dem Wort „Krankenhauses“ durch ein Komma ersetzt.

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer angefügt:

„5. pflegesatzfähige Kosten

die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist,“.

2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie

2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.“

3. In § 8 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben.“

4. § 9 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „kleiner baulicher Maßnahmen“ durch die Worte „kleine bauliche Maßnahmen“ ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefaßt:

„Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.“

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Im übrigen gilt § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

6. § 16 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,“.

b) In Nummer 3 wird der Text in Klammern wie folgt gefaßt:

„(Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und diesen vergleichbare Abgaben)“.

c) Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:

„4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,“.

d) Nummer 5 wird wie folgt gefaßt:

„5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,“.

7. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im voraus zu bemessen. Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1 a) In den Jahren 1993, 1994 und 1995 ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legen. Übersteigt in diesem Gesamtzeitraum die durchschnittliche lineare Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1, ist der übersteigende Betrag der Personalkosten pflegesatzfähig. Mehreinnahmen der Krankenhäuser aus der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen und Mehrkosten auf Grund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung, anderer nach dem 31. Dezember 1992 in Kraft tretender krankenhausspezifischer Rechtsvorschriften, einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern sowie vom 1. Januar 1994 an Instandhaltungskosten nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten

Gebiet sind zu berücksichtigen. Die auf Grund der Sätze 1 bis 3 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 getroffene Regelung wird für diejenigen Krankenhäuser auf die Jahre 1993 und 1994 beschränkt, die vom 1. Januar 1995 an die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den auf Grund des Absatzes 2 a getroffenen Regelungen anwenden.“

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2 a) In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 sind Fallpauschalen und pauschalisierte Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen zu bestimmen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 ist vorzusehen; die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben vereinbaren. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Für die Abteilungen sind Abteilungspflegesätze vorzusehen für die Leistungen, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden. Für die Vergütung nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßter Kosten ist ein Basispflegesatz vorzusehen; dieser kann auf Abteilungen ohne Fallpauschalen beschränkt werden.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird nach dem Wort „Gesetz“ das Wort „voll“ eingefügt.

bb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Jahren“ die Worte „und die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b,“ angefügt.

cc) Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.“

e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und

ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze.“

8. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Worte „die Verbände der Ersatzkassen“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „hat“ die Worte „auf Verlangen einer Vertragspartei“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2; sie können auch ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vereinbaren. In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 kann bestimmt werden, unter welchen Voraussetzungen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Zuschläge oder Abschläge für Krankenhäuser vereinbaren können.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Pflegesätze“ werden die Worte „oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden.“

9. § 18 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. Voraussetzung für eine Vereinbarung nach Satz 1 ist, daß aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens sieben Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird. Weicht die tatsächliche Entwicklung im Amortisationszeitraum von den der Vereinbarung zugrunde gelegten Berechnungsgrundlagen ab, wird dies im Pflegesatz nicht berücksichtigt, es sei denn, die Abweichung beruht auf Preisentwicklungen, die das Krankenhaus nicht beeinflussen konnte. Soweit erforderlich, ist durch einen unabhängigen Sachverständigen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen

nach Satz 2 gegeben sind. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei.“

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Das Krankenhaus übermittelt den Investitionsvertrag der zuständigen Landesbehörde.“

c) Absatz 3 wird gestrichen.

10. In § 20 Satz 2 wird nach dem Wort „Gesetz“ das Wort „voll“ eingefügt.

11. § 21 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet treten § 9 am 1. Januar 1994 und § 17 Abs. 5 Satz 1 am 1. Januar 1996 in Kraft. In dem genannten Gebiet gelten die §§ 22, 23, 24 und 26 bis zum 31. Dezember 1993 und § 25 bis zum 31. Dezember 1995.“

12. § 25 wird wie folgt gefaßt:

„§ 25

Nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.“

Artikel 12

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 3 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1054), wird wie folgt geändert:

(1) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist:

1. In der Inhaltsübersicht wird der Text „§ 4 Flexibles Budget“ durch den Text „§ 4 Festes Budget“ ersetzt.

2. In § 3 Abs. 1 werden die Nummern 1 und 2 wie folgt gefaßt:

„1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) sowie Pflegesätze nach § 5 und Pflegesätze nach § 6 Abs. 4 (Sonderentgelte und Fallpauschalen), durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,

2. Pflegesätze nach § 6 Abs. 3 (Sonderentgelte).“

3. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Festes Budget

(1) Die Budgets für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen, ausgehend von der Berechnungsgrundlage nach Absatz 2, nicht stärker erhöht werden als mit einer jährlichen Steigerung nach Maßgabe des Absatzes 3 (Budgetobergrenze). Soweit die Leistungen des Krankenhauses im Kalenderjahr 1992 nicht mit Sonderentgelten, Fallpauschalen und Abteilungspflegesätzen vergütet wurden, können diese für die Zeit vom 1. Januar 1993 an unter Einhaltung der Budgetobergrenze vereinbart werden.

(2) Die Berechnungsgrundlage wird wie folgt ermittelt:

1. Das für das Kalenderjahr 1992 geltende Budget wird um folgende, darin berücksichtigte Beträge bereinigt:

- a) die Ausgleichs- und Berichtigungen für Pflegesatzzeiträume vor dem 1. Januar 1992,
- b) die Kosten für gesondert vereinbarte Instandhaltungsmaßnahmen, soweit deren Finanzierung abgeschlossen ist.

2. Der sich nach Nummer 1 ergebende Budgetbetrag wird nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung um folgende Beträge an die im Kalenderjahr 1992 tatsächlich eingetretene Entwicklung angepaßt:

- a) den Mehr- oder Mindererlös, der dem Krankenhaus nach Vornahme des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 1 verbleibt,
- b) die Ausgleichs- und Berichtigungen nach § 4 Abs. 2 und 3.

3. Der sich nach Nummern 1 und 2 ergebende Betrag wird erhöht um die Kosten der für das Jahr 1992 erstmals vereinbarten Personalstellen, soweit diese nicht ganzjährig in dem für das Kalenderjahr 1992 geltenden Budget berücksichtigt sind.

4. Für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet ist das Budget für das Kalenderjahr 1992 auf Antrag einer Vertragspartei neu zu vereinbaren, soweit die der Kalkulation des Budgets zugrunde gelegten Annahmen offensichtlich unrichtig sind.

Als Budget für das Kalenderjahr 1992 gilt bei vom Kalenderjahr abweichenden Pflegesatzzeiträumen die Summe der dem Kalenderjahr 1992 zuzurechnenden Budgetanteile. Für Krankenhäuser, die nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erstmals in Betrieb genommen werden und diesen nach dem 31. Dezember 1991 noch nicht in vollem Umfang aufgenommen haben, tritt an die Stelle des Budgets des Kalenderjahres 1992 das für dasjenige Kalenderjahr geltende Budget, in dem erstmals ganzjährig der

volle Leistungsumfang des Krankenhauses berücksichtigt ist. Satz 5 gilt entsprechend für Teile eines Krankenhauses.

(3) Die Budgetobergrenze wird je Kalenderjahr wie folgt ermittelt:

1. Die Berechnungsgrundlage nach Absatz 2 wird jährlich um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 270 und § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erhöht. Die Veränderungsrate wird für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt ermittelt.

2. Folgende Beträge sind von der nach Nummer 1 erhöhten Berechnungsgrundlage abzuziehen oder ihr hinzuzurechnen:

- a) der Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a, vermindert um den im Kalenderjahr 1992 dafür im Budget berücksichtigten Kostenabzug,
- b) die im Pflegesatzzeitraum auf Grund der Pflege-Personalregelung, der Psychiatrie-Personalverordnung und einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern eintretenden Kostenänderungen gegenüber dem Kalenderjahr 1992; dies gilt nicht, soweit die Kosten den Leistungen des Krankenhauses zuzurechnen sind, die durch Fallpauschalen vergütet werden,
- c) die Mehrkosten auf Grund von krankenhausspezifischen Rechtsvorschriften, die nach dem 31. Dezember 1992 in Kraft treten,
- d) für die Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1994 an die Instandhaltungskosten nach § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5,
- e) die Entgelte für bisher nicht im Budget berücksichtigte Leistungsarten, die nach dem 31. Dezember 1992 nicht mehr durch Sonderentgelte nach § 6 vergütet werden,
- f) Änderungen des Budgets, die infolge von Veränderungen des Leistungsangebots erforderlich sind, wenn diese Veränderungen nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erfolgen und für das Krankenhaus rechtsverbindlich festgelegt sind.

(4) Das Budget wird unter Beachtung der in Absatz 3 genannten Vorgaben auf der Grundlage der voraussichtlichen Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Dabei werden in vorhergehenden Pflegesatzzeiträumen eingetretene Unterdeckungen nicht ausgeglichen; Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, es sei denn, es hat seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht erfüllt. Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat, darf dies nicht budgetmin-

dernd berücksichtigt werden. Das Budget soll entsprechend der Erhöhung der Budgetobergrenze fortgeschrieben werden, soweit für den Pflegesatzzeitraum nicht mit einer wesentlichen Verringerung der dadurch vergüteten Krankenhausleistungen zu rechnen ist; Verkürzungen der Verweildauer, auch infolge vermehrter teilstationärer Leistungen, bleiben dabei unberücksichtigt. Wird das Budget unterhalb der Budgetobergrenze vereinbart, kann die Budgetobergrenze in den folgenden Kalenderjahren ausgeschöpft werden, wenn sich die Krankenhausleistungen entsprechend ändern. Im Budget oder in Budgetanteilen für den Zeitraum des Kalenderjahres 1993 sind die Ausgleiche und Berichtigungen nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung zu berücksichtigen. Bei der Beurteilung, ob die Budgetobergrenze eingehalten wird, bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleiche und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

(5) Weicht bei ordnungsgemäßer Rechnungsstellung die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 und den Sonderentgelten und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 4 von dem vereinbarten Budget ab, werden die entstandenen Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen (festes Budget). In die Ermittlung und den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren (§§ 115 a und 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) einzubeziehen, soweit die Kosten entsprechender Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 3 und 4 nicht bereits bei der Ermittlung des Budgets für 1992 abgezogen worden sind. Der Ausgleichsbetrag ist so früh wie möglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen; die Verrechnung von Teilbeträgen ist möglich.

(6) Werden für das Kalenderjahr 1992 erstmals vereinbarte Personalstellen in den Kalenderjahren 1993, 1994 und 1995 ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als vorauskalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. § 11 Abs. 3 der Pflege-Personalregelung und § 10 Abs. 4 der Psychiatrie-Personalverordnung bleiben unberührt. Für den jeweiligen Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(7) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Wird der Vereinbarung des Budgets die voraussichtliche Veränderungsrate nach Absatz 3 Nr. 1 zugrunde gelegt und weicht die nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellte Veränderungsrate davon ab, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Wird eine geringere Erhöhung vereinbart als nach Absatz 3 Nr. 1 zulässig ist, gilt Satz 2 entsprechend bei nicht zutreffend geschätzten Änderungen der Personalkosten auf Grund von Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, soweit die nach Absatz 3 Nr. 1 zulässige

Erhöhung, die sich unter Zugrundelegung der nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten Veränderungsrate ergibt, nicht überschritten wird. Für den jeweiligen Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend. An Stelle der Berichtigungen nach Sätzen 2 und 3 können die Vertragsparteien für die bezeichneten Risiken im voraus einen angemessenen Wagniszuschlag vereinbaren.

(8) Weicht der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegte voraussichtliche Unterschiedsbetrag nach Absatz 3 Nr. 2 Buchstabe a von dem Unterschiedsbetrag ab, der sich unter Berücksichtigung der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a ergibt, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Für den Berichtigungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(9) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren, soweit die Budgetobergrenze dadurch nicht überschritten wird. Satz 1 gilt nicht bei Verkürzungen der Verweildauer. Soweit ein Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget nicht über die Pflegesätze des laufenden Pflegesatzzeitraums verrechnet werden kann, gilt Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

(10) Übersteigt ein bis zum 31. Dezember 1992 rechtswirksam gewordenes Budget, das ganz oder teilweise für einen Zeitraum nach dem 31. Dezember 1992 gilt, den nach den Absätzen 1 bis 4 zulässigen Budgetbetrag, ist es mit Wirkung vom 1. Januar 1993 um den übersteigenden Betrag zu kürzen."

4. In § 5 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Zur Ermittlung des Pflegesatzes sind die vorauskalkulierten Erlöse aus den Sonderentgelten und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 4 vom Budget abzuziehen. Das gleiche gilt für die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren (§§ 115 a und 115 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), soweit die Kosten entsprechender Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 3 und 4 nicht bereits bei der Ermittlung des Budgets für 1992 abgezogen worden sind.“

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Sonderentgelte und Fallpauschalen“.

b) In Absatz 1 werden die Worte „außerhalb des Budgets“ gestrichen.

c) Folgende Absätze werden angefügt:

„(3) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen außerhalb des Budgets nur für diejenigen Leistungsarten Sonderentgelte vereinbart werden, die bereits im Kalenderjahr 1992 mit Sonderentgelten vergütet wurden. Die für das Kalenderjahr

1992 geltende Höhe der Vergütung, jeweils bereinigt um den darin enthaltenen Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen, darf in dem in Satz 1 genannten Zeitraum um keinen höheren Vomhundertsatz steigen als die Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 1. Bei nicht zutreffend geschätzten Annahmen gilt § 4 Abs. 7 Satz 2 und 3 entsprechend; der Ausgleichsbetrag ist nach § 4 Abs. 5 Satz 2 über das Budget zu verrechnen.

(4) Für die Zeit vom 1. Januar 1993 an können Sonderentgelte und Fallpauschalen innerhalb des Budgets vereinbart werden. Der Landespflegesatzausschuß kann Empfehlungen zur Höhe der Vergütung geben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Bei der Vereinbarung ist die Leistungs- und Kostenabgrenzung nach Teil K 6.1 des Kosten- und Leistungsnachweises zu berücksichtigen.“

6. In § 11 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag, ist der Arzt abweichend von Absatz 3 verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegesatzzeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 a in den Jahren 1993, 1994 und 1995 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.“

7. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 2 Satz 5“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 7 Satz 5“ ersetzt.

b) In Absatz 3 wird nach Nummer 6 folgende Nummer eingefügt:

„6 a. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 a in den Jahren 1993, 1994 und 1995

a) 60 vom Hundert von 85 vom Hundert des für diese Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt vereinbarten Gesamtbetrages für Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und diesen vergleichbare Abgaben (Nutzungsentgelt) sowie

b) 10 vom Hundert der auf die wahlärztlichen Leistungen vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 7 Satz 2 Buchstabe a der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren,“.

c) In Absatz 4 wird die Verweisung „§ 6“ durch die Verweisung „§ 6 Abs. 3“ ersetzt.

8. § 17 Satz 2 erster Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung der Kann-Vorschriften in § 4 Abs. 7 Satz 5, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1 und 4, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 1 Satz 2, § 16 Abs. 7 und § 21;“.

9. In § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Er kann auch Empfehlungen zur Berücksichtigung des Erlösabzugs nach § 5 Abs. 1 Satz 2 und 3 im Kosten- und Leistungsnachweis geben.“

10. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen im Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 gilt § 4 entsprechend.“

11. Die Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung wird wie folgt geändert:

a) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 Satz 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 1“ ersetzt.

b) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 3 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 und 2“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5 und 7“ ersetzt.

c) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 8 die Verweisung „§ 4 Abs. 4“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 2“ ersetzt.

d) In Blatt K 3 wird nach der laufenden Nummer 15 eingefügt:

„15 a Wahlärztliche Leistungen (§ 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a)“.

e) In Blatt K 4 Teil K 4.1 werden die laufenden Nummern 4 bis 7 wie folgt gefaßt:

„4 Ausgleich nach § 4 Abs. 5
5 Erstattung nach § 4 Abs. 6
6 Berichtigung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 bis 4
7 Wagniszuschlag nach § 4 Abs. 7 Satz 5“.

f) In Blatt K 5 Teil K 5.2 wird die laufende Nummer 7 wie folgt geändert:

aa) Spalte 1 wird wie folgt gefaßt:

„Wahlarzt (Korrekturfaktor für Wahlarztabschlag)“.

bb) Spalte 3 wird wie folgt gefaßt:

„—0,05“.

g) In Blatt K 6 Teil K 6.3 wird die laufende Nummer 2 in Spalte 3 wie folgt gefaßt:

„—0,05“.

12. In der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung wird in Blatt Z 5 Teil Z 5.1 laufende Nummer 7 die Verweisung „§ 4 Abs. 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5“ ersetzt.

13. Im Anhang 2 zum Kosten- und Leistungsnachweis wird in Fußnote 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4“ ersetzt.

(2) Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, gilt Absatz 1 nur für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993 und 1994.

(3) Im übrigen wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert:

1. Nach § 4 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 4 a

Ausgleich nach § 17 Abs. 1 a Satz 2 KHG

Übersteigt in dem Gesamtzeitraum der Jahre 1993, 1994 und 1995 die durchschnittliche lineare Erhöhung der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag die durchschnittliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 17 Abs. 1 a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ist der sich aus der Vergleichsrechnung beider Entwicklungen in diesem Zeitraum für das Krankenhaus ergebende Unterschiedsbetrag der Personalkosten dem Budget des folgenden Pflegezeitraums hinzuzurechnen. Eine frühere Berücksichtigung von Teilbeträgen ist möglich. Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, ist die durchschnittliche lineare Erhöhung nach Satz 1 in den Jahren 1993 und 1994 maßgebend.“

2. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit die nach Absatz 1 oder 2 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind Pflegesätze zu vereinbaren, die den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) fördern.“

3. § 7 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Worten „ihrer Leistungen“ die Worte „im Rahmen der stationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine private Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte private Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhausträger umgehend die zur Ermittlung der nach § 11 Abs. 3 oder 3 a zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhausträger die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhausträger durchgeführt, leitet dieser die Vergütung nach Abzug der anteili-

gen Verwaltungskosten und der nach § 11 Abs. 3 oder 3 a zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an eine beauftragte Abrechnungsstelle darf nur mit Einwilligung der jeweils betroffenen Patienten erfolgen.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 7.

4. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8

Belegarztabschlag

Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist für Patienten mit belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 um 5 vom Hundert zu ermäßigen (Belegarztabschlag). Dies gilt nicht für Krankenhäuser, in denen die ärztliche Versorgung der Patienten ausschließlich aus belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 besteht.“

5. In § 9 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „Pflegesatzabschläge sind“ durch die Worte „Ein Belegarztabschlag ist“ ersetzt.

6. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Absatz 3 a nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegezeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag, ist der Arzt abweichend von Absatz 3 verpflichtet, dem Krankenhausträger die auf diese Wahlleistungen im Pflegezeitraum entfallenden, nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 a nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.“

7. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Selbstkosten des Krankenhauses sind die gemäß § 2 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pflegesatzfähigen Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen.“

bb) In Satz 2 werden die Worte „Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu“ durch die Worte „Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören“ ersetzt.

cc) In Satz 2 Nr. 4 wird angefügt:

„einschließlich der Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 6 wird wie folgt gefaßt:

„6. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3

a) für die in den Abschnitten A, E, M, O und Q des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen 40 vom Hundert und

b) für die in den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte genannten Leistungen 20 vom Hundert

der jeweils auf diese vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren; für nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte und nach § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete Gebühren ist dem Kostenabzug der Vomhundertsatz zugrunde zu legen, der für die als gleichwertig herangezogene Leistung des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte gilt.“

bb) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer eingefügt:

„6 a. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 bei Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 a 85 vom Hundert des für diese Leistungen zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt vereinbarten Gesamtbetrages für Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und diesen vergleichbare Abgaben (Nutzungsentgelt)“.

8. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden, gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.“

9. In § 16 Abs. 4 werden nach dem Wort „Krankenhausträger“ die Worte „auf Verlangen“ eingefügt.

Artikel 13

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Regelung gilt für Krankenhäuser, soweit auf diese Krankenhäuser die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden. Sie regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für den Pflegedienst mit Ausnahme der Pflege in Intensivseinheiten, in Dialyseeinheiten und in der Psychiatrie.

(2) Soweit Krankenhäuser ihre Leistungen über Fallpauschalen abrechnen, gelten die Vorschriften dieser Regelung nicht.

(3) Ziel dieser Regelung ist, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär oder teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen.

§ 2

Pflegesatzvereinbarung

Für die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) werden durch diese Regelung die Maßstäbe und Grundsätze für die Personalbemessung im Pflegedienst bestimmt.

§ 3

Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 und § 10 Abs. 1,
2. Werte nach § 6 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 und § 10 Abs. 3,
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfaßt alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes.

(4) Die Zahl der Personalstellen nach §§ 7 und 10 Abs. 4 ist von den Parteien abweichend zu vereinbaren, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse des Krankenhauses zur Sicherung seiner Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung zu begründen.

ZWEITER ABSCHNITT

Krankenpflege für Erwachsene

§ 4

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten

auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet:

Allgemeine Pflege	Spezielle Pflege
A 1 Grundleistungen	S 1 Grundleistungen
A 2 Erweiterte Leistungen	S 2 Erweiterte Leistungen
A 3 Besondere Leistungen	S 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege	Allgemeine Pflege	A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1/S 1	A 1/S 1	A 2/S 1	A 3/S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2	A 1/S 2	A 2/S 2	A 3/S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1/S 3	A 1/S 3	A 2/S 3	A 3/S 3

§ 5

Vereinbarungen der Vertragsparteien

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den nächsten Pflegesatzzeitraum die voraussichtliche durchschnittliche Zahl je Tag der

- insgesamt zu behandelnden Patienten,
- Patienten in den einzelnen Patientengruppen auf der Grundlage der Ergebnisse der Zuordnung nach § 4 Abs. 2,
- Krankenhausaufnahmen,
- gesunden Neugeborenen und
- tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

Bei der Vereinbarung der Zahlen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 ist die durchschnittliche Belegung des Krankenhauses und deren Entwicklung im nächsten Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen.

(2) Die Krankenhäuser haben die Zuordnung auf den Patienten-Erhebungsbögen zu dokumentieren und sie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen jeweils nach Ablauf eines Kalendervierteljahres zu übersenden; hierfür stellt die Arbeitsgemeinschaft den Krankenhäusern Erhebungsformulare gemäß Anlage 5 zur Verfügung. Der Datenaustausch kann in gegenseitigem Einvernehmen auf beleglosen Datenträgern erfolgen.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft kann die Schlüssigkeit der Zuordnung der Patienten zu den Pflegestufen prüfen und einen Vergleich der Krankenhäuser unter-

einander vornehmen. Sie wertet die Patienten-Erhebungsbögen aus und teilt das Ergebnis den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Pflegesatzverhandlungen spätestens sechs Wochen nach Eingang der Erhebungsbögen mit; darüber hinaus teilt sie den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Ergebnis der Zuordnung für die Bundesrepublik Deutschland und für die Bundesländer mit.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Patienten-Erhebungsbögen, bei belegloser Datenübermittlung die entsprechenden Datenträger, nach deren Auswertung unverzüglich zu vernichten; soweit eine Überprüfung gemäß Absatz 3 Satz 1 beabsichtigt ist, wird die Vernichtung bis zum Abschluß der Prüfung zurückgestellt. Die Krankenhäuser haben die Anlage

5 nach Eingang der Auswertung zu anonymisieren. Personenbezogene Daten dürfen nur für den in § 1 Abs. 1 Satz 2 genannten Zweck verwendet werden.

(5) Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung Rahmenvereinbarungen, die das Nähere regeln.

§ 6

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert
A 1/S 1	52	A 2/S 1	98	A 3/S 1	179
A 1/S 2	62	A 2/S 2	108	A 3/S 2	189
A 1/S 3	88	A 2/S 3	134	A 3/S 3	215

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach Absatz 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7

Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 vervielfacht wird,
2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 vervielfacht werden,
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die Minutenwerte nach § 6 Abs. 5 mit der Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und der Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 vervielfacht werden.

Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen. Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragsparteien unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 8

Leitende Krankenpflegepersonen

Unabhängig von der Stelle für die Leitung des Pflegedienstes erhält das Krankenhaus anteilig über die nach § 7 ermittelten Personalstellen hinaus für jeweils 80 Beschäftigte im Pflegedienst einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene.

DRITTER ABSCHNITT

Kinderkrankenpflege

§ 9

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkranken-schwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 3 den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zugeordnet:

Allgemeine Pflege	F	K	J	Spezielle Pflege
KA 1 Grundleistungen				KS 1 Grundleistungen
KA 2 Erweiterte Leistungen				KS 2 Erweiterte Leistungen
KA 3 Besondere Leistungen				KS 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege	Allgemeine Pflege	KA 1 Grundleistungen	KA 2 Erweiterte Leistungen	KA 3 Besondere Leistungen
KS 1 Grundleistungen		KA 1-F / KS 1 KA 1-K / KS 1 KA 1-J / KS 1	KA 2-F / KS 1 KA 2-K / KS 1 KA 2-J / KS 1	KA 3-F / KS 1 KA 3-K / KS 1 KA 3-J / KS 1
KS 2 Erweiterte Leistungen		KA 1-F / KS 2 KA 1-K / KS 2 KA 1-J / KS 2	KA 2-F / KS 2 KA 2-K / KS 2 KA 2-J / KS 2	KA 3-F / KS 2 KA 3-K / KS 2 KA 3-J / KS 2
KS 3 Besondere Leistungen		KA 1-F / KS 3 KA 1-K / KS 3 KA 1-J / KS 3	KA 2-F / KS 3 KA 2-K / KS 3 KA 2-J / KS 3	KA 3-F / KS 3 KA 3-K / KS 3 KA 3-J / KS 3

§ 5 gilt entsprechend.

§ 10

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 33 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalebemessung für die Patientengruppen nach § 9 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert
KA 1-F / KS 1	113	KA 2-F / KS 1	149	KA 3-F / KS 1	236
KA 1-K / KS 1	118	KA 2-K / KS 1	153	KA 3-K / KS 1	230
KA 1-J / KS 1	54	KA 2-J / KS 1	116	KA 3-J / KS 1	188
KA 1-F / KS 2	162	KA 2-F / KS 2	198	KA 3-F / KS 2	285
KA 1-K / KS 2	167	KA 2-K / KS 2	202	KA 3-K / KS 2	279
KA 1-J / KS 2	103	KA 2-J / KS 2	165	KA 3-J / KS 2	237
KA 1-F / KS 3	238	KA 2-F / KS 3	274	KA 3-F / KS 3	361
KA 1-K / KS 3	243	KA 2-K / KS 3	278	KA 3-K / KS 3	355
KA 1-J / KS 3	179	KA 2-J / KS 3	241	KA 3-J / KS 3	313

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 45 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für die Ermittlung der Personalstellen gelten § 6 Abs. 5, §§ 7 und 8 entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Schlußvorschriften

§ 11

Übergangsvorschriften

(1) Die Personalbemessung nach dieser Regelung ist erstmals bei der auf den 1. Januar 1993 folgenden Pflegesatzverhandlung zugrunde zu legen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist das Budget für einen im Jahr 1993 noch laufenden Pflegesatzzeitraum auf der Basis der vom Krankenhaus vorgelegten Zuordnung ohne das Verfahren nach § 5 Abs. 3 neu zu vereinbaren, sobald die Patientenzuordnung für ein Kalendervierteljahr vorliegt. Dabei ist eine nach die-

ser Regelung höhere Personalbemessung nur für die Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums zugrunde zu legen.

(2) Die Personalbemessung nach dieser Regelung wird in einem Übergangszeitraum vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1996 eingeführt. Soweit sie noch nicht erreicht ist, vereinbaren die Vertragsparteien im Rahmen jeder Pflegesatzvereinbarung eine jährliche, stufenweise Anpassung, bei der die Abweichung zwischen der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalbesetzung und der Personalbemessung nach dieser Regelung auf den verbleibenden Übergangszeitraum verteilt wird.

(3) Werden die nach Absatz 2 zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraums ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als voraus kalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen.

**Bereich „Allgemeine Pflege“
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —**

Pflegestufen

Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale		
	A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
Körperpflege	Alle Patienten, die nicht A 2 oder A 3 zugeordnet werden	Hilfe bei überwiegend selbständiger Körperpflege	überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege
Ernährung		Nahrungsaufbereitung oder Sondennahrung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Ausscheidung		Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung
		Versorgen bei häufigem Erbrechen	
	Entleeren oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln	häufiges ¹⁾ Körperlagern oder Mobilisieren	
Bewegung und Lagerung	Hilfe beim Aufstehen und Gehen		
		einfaches Lagern und Mobilisieren	

¹⁾ zwei- bis vierstündlich

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.

Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „A 2“ muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „A 2“ zu und ist ein zweites aus „A 3“ gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „A 2“ zuzuordnen.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „A 3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

Stand: 30. Oktober 1992

Anlage 2

Bereich „Spezielle Pflege“
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —

Pflegestufen

Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale		
	S 1 Grundleistungen	S 2 Erweiterte Leistungen	S 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - Operationen - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen	Alle Patienten, die nicht S 2 oder S 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern ¹⁾ 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden ²⁾	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern ¹⁾ fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen	fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		aufwendiger Verbandwechsel Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

¹⁾ Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.

²⁾ Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „S 2“ muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „S 3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „S 3“ zutrifft.

Stand: 30. Oktober 1992

Bereich „Allgemeine Pflege“ (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KA 1, KA 2, KA 3 —

Pflegestufen

Leistungsbereiche	Allersstufen	Einordnungsmerkmale		
		KA 1 Grundleistungen	KA 2 Erweiterte Leistungen	KA 3 Besondere Leistungen
Körperpflege	F	Baden	Waschen	Baden oder Waschen unter erschwerten Bedingungen ¹⁾
	K	Utensilien bereitstellen	Waschen oder Baden	
	J		Mundpflege durchführen	
Ernährung	F	Füttern bis zu 5 mal täglich ²⁾	Füttern bis zu 8 mal täglich ²⁾	Eßtraining durchführen
	K	Füttern bis zu 4 mal täglich ²⁾	Füttern bis zu 6 mal täglich ²⁾	
	J	Nahrung bereitstellen	Füttern	
Ausscheidung	F	Wickeln bis zu 5 mal täglich ²⁾	Wickeln bis zu 8 mal täglich ²⁾	Versorgen z. B. bei: Durchfall oder Erbrechen oder Schwitzen oder Blutungen
	K	Wickeln bis zu 4 mal täglich ²⁾ oder Topfen oder zur Toilette bringen	Wickeln bis zu 6 mal täglich ²⁾ oder ständige Anwesenheit beim Ausscheiden	
	J	Kontrollieren	zur Toilette bringen oder Topfen oder ständige Anwesenheit beim Ausscheiden	
Bewegung und Lagerung	F	Betten oder Lagern	Mobilisieren oder Lagern mit einfachen Hilfsmitteln	Mobilisieren oder Lagern unter erschwerten Bedingungen ¹⁾
	K			
	J			

1) Dies sind insbesondere: Immobilität, zu- und ableitende Systeme, aufwendiges Monitoring, Sterilbedingungen, gesteigerte Abwehrhaltung.

2) Innerhalb von 24 Stunden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KA 2“ muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „KA 2“ zu und ist ein zweites aus „KA 3“ gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „KA 2“ zuzuordnen.
Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „KA 3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

Bereich „Spezielle Pflege“ (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KS 1, KS 2, KS 3 —

Leistungsbereiche	Pflegestufen		
	Einordnungsmerkmale		
	KS 1 Grundleistungen	KS 2 Erweiterte Leistungen	KS 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - Operationen - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen - dauernder Bedrohung	Alle Patienten, die nicht KS 2 oder KS 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern ¹⁾ 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden ²⁾	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern ¹⁾ fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen	pflugespezifische physikalische Maßnahmen mehr als 5 mal täglich
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		pflugespezifische physikalische Maßnahmen 3 bis 5 mal täglich	bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei einer Transfusion
		bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	komplette parenterale Ernährung
		aufwendiger Verbandwechsel	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

¹⁾ Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.
²⁾ Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KS 2“ muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „KS 3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „KS 3“ zutrifft.

Artikel 14**Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 97 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 6 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt:

„die aufschiebende Wirkung entfällt in den Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten von der Behörde, die den Verwaltungsakt erlassen oder über den Widerspruch zu entscheiden hat, besonders angeordnet wird.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 und 6“ durch die Worte „Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4“ ersetzt.

- c) Es wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 ist das besondere Interesse an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts schriftlich zu begründen. Auf Antrag kann das Gericht der Hauptsache die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise wiederherstellen. Der Antrag ist schon vor Erhebung der Anfechtungsklage zulässig. Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen, so kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen. Die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung kann von der Leistung einer Sicherheit oder von anderen Auflagen abhängig gemacht werden. Beschlüsse über solche Anträge können jederzeit geändert oder aufgehoben werden.“

2. § 193 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen der Behörden, der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts. Dies gilt nicht für als Kläger oder Beklagte Beteiligte in den in § 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte genannten Verfahren, soweit es sich um Streitigkeiten in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch handelt.“

Artikel 15**Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes**

In § 13 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 3 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), das zuletzt durch . . . geändert wurde, werden nach dem Wort „Krankenversicherungsunternehmen“ die Worte „, das die in § 257 Abs. 2 a bis 2 c des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt,“ eingefügt.

Artikel 16**Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes**

§ 159 des Arbeitsförderungsgesetzes vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), das zuletzt durch das Gesetz vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2321) und das Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325) geändert wurde, wird wie folgt gefaßt:

„§ 159

Für die Wahlrechte Versicherter gelten §§ 173 bis 177 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Artikel 17**Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Arzneimittelgesetz vom 24. August 1976, zuletzt geändert durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 11. April 1990 (BGBl. I S. 717), wird wie folgt geändert:

1. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Ermächtigung für die Kennzeichnung, die Packungsbeilage und die Packungsgrößen“.

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Der Bundesminister für Gesundheit wird ferner ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, daß Arzneimittel nur in bestimmten Packungsgrößen in den Verkehr gebracht werden dürfen und von den Herstellern auf den äußeren Behältnissen oder, soweit verwendet, auf den äußeren Umhüllungen entsprechend zu kennzeichnen sind. Die Bestimmung dieser Packungsgrößen erfolgt für bestimmte arzneilich wirksame Bestandteile und berücksichtigt die Anwendungsgebiete, die Anwendungsdauer und die Darreichungsform. Bei der Bestimmung der Packungsgrößen ist grundsätzlich von einer Dreiteilung auszugehen:

1. Packungen für kurze Anwendungsdauer oder Verträglichkeitstests,
2. Packungen für mittlere Anwendungsdauer,
3. Packungen für längere Anwendungsdauer.

Die Rechtsverordnung ist bis zum 30. Juni 1993 zu erlassen.“

2. Der Sechste Abschnitt wird gestrichen.

Artikel 18**Änderung der Gebührenordnung für Ärzte**

§ 6 a der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818) wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhaus-träger geschlossenen Verträgen zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

b) bei Leistungen von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten.“

2. In Absatz 2 wird die Verweisung „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 19**Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

§ 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) wird wie folgt gefaßt:

„§ 7**Gebühren bei stationärer Behandlung**

Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhaus-träger geschlossenen Verträgen zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Zahnärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie

b) bei Leistungen von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten.“

Artikel 20**Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde**

Dem § 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom . . . , das zuletzt durch . . . geändert wurde, wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie Zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellung von Röntgenaufnahmen, Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungspolituren, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungs-Indizes, Kariesrisikobestimmung, lokale Fluoridierung z. B. mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren.“

Artikel 21**Budgetierung der Verwaltungsausgaben**

(1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vmhundert-satz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach §§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden. Bei den Betriebskrankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets sind für das Kalenderjahr 1993 die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Betriebskrankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach §§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bun-

desgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden. Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung des Budgets ist im Budget des Folgejahres auszugleichen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet mit der Maßgabe, daß als beitragspflichtige Einnahmen diejenigen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen sind. Bei den Betriebskrankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet sind als Ausgangsbasis des Jahres 1991 nur die um die Personalkosten nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Verwaltungsausgaben zugrunde zu legen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechend.

(4) Verwaltungsausgaben im Sinne der Absätze 1 und 2 sind alle Ausgaben, die nach der Anlage 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 in der Kontenklasse 7 — Verwaltungs- und Verfahrenskosten — zu buchen sind. Unberücksichtigt bleiben Verwaltungsausgaben für Leistungen, die nur einzelnen Kassenarten durch die Ausführung von Rechtsvorschriften entstehen und nicht von einem Dritten ersetzt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde kann bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände eine im einzelnen bestimmte Ausnahme von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach den Absätzen 1 bis 3 gestatten.

Artikel 22

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 9, 10, 12, 18 und 19 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden. Artikel 13 kann auf Grund des § 16 Satz 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), sowie in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

Artikel 23

Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes

Das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 56 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die nach Absatz 1 oder 2 Versicherten gelten die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als erfüllt, wenn die nach Absatz 1 oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 11

in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlichen Versicherungszeiten auf Grund einer Pflichtversicherung zustande gekommen sind; § 6 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für die nach Absatz 2 Versicherten.“

2. Artikel 61 wird gestrichen.

Artikel 24

Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen

Vertragliche Vereinbarungen sind in den Teilen unwirksam, in denen sie mit den Regelungen dieses Gesetzes nicht vereinbar sind. Dies gilt auch für Vereinbarungen, die vor dem 1. Januar 1993 abgeschlossen worden sind. Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen bis zum 31. März 1993 den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. § 71 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Artikel 25

Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung

Kommen Regelungen nach § 106 Abs. 3, § 115 Abs. 1 bis 4, § 135 Abs. 3 und 4, § 136 Abs. 1, § 296 Abs. 4, § 300 Abs. 3, § 301 Abs. 3, § 302 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, kann der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen.

Artikel 26

Erweiterung der Versicherungspflicht

(1) Vom 1. Januar 1997 an werden Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten, mit Ausnahme von asylsuchenden Ausländern und ähnlichen Personengruppen in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen.

(2) Das Nähere zur Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises, über die Beitragsbemessung und die Meldepflichten wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

Artikel 27

Arznei- und Heilmittelbudget für 1993

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 gelten die Ausgaben der beteiligten Krankenkassen für Arznei-, Ver-

band- und Heilmittel im Jahr 1991 im Geltungsbereich des Budgets nach Maßgabe der Sätze 2 bis 7. Die Ausgaben für Arzneimittel werden verringert um

1. 4,25 vom Hundert auf Grund der Neuregelung der Zuzahlung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. 2,45 vom Hundert auf Grund der Senkung der Arzneimittelpreise nach Artikel 28,
3. 1,51 vom Hundert auf Grund der Festsetzung weiterer Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Jahren 1992 und 1993.

Auf dieser Basis werden die Ausgaben für Arzneimittel erhöht um

1. 1,74 vom Hundert auf Grund des Anstiegs der Arzneimittelpreise vom 1. Januar bis 30. April 1992,
2. 0,9 vom Hundert auf Grund der Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel zum 1. Januar 1993,
3. 3,5 vom Hundert auf Grund einer einmaligen Berücksichtigung der gestiegenen Zahl der Vertragsärzte,
4. 0,9 vom Hundert auf Grund der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen für empfangnisverhütende Mittel nach § 24 a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Vomhundertsätze nach Satz 2 sind jeweils auf die Ausgaben des Jahres 1991, die Vomhundertsätze nach Satz 3 jeweils auf das nach Satz 2 bereinigte Ausgabenniveau zu beziehen. Die Ausgaben für Heilmittel werden um den Vomhundertsatz erhöht, um den sich in den Jahren 1992 und 1993 die nach den §§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied erhöhen. Satz 3 Nr. 3 gilt auch für Heilmittel. Für die Ausgaben für Verbandmittel gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(2) Die Ausgaben nach Absatz 1 Satz 1 werden für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets nicht überschreitet, aus den Rechnungsergebnissen des Jahres 1991 auf der Grundlage der Kontenarten 430, 450 bis 453 gemäß § 25 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung, Anlage 1, ermittelt. Für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets überschreitet, werden die Ausgaben zugrunde gelegt, die sich aus der Vervielfachung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel pro Behandlungsfall der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 1991 mit der Zahl der von der jeweiligen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Geltungsbereich des Budgets für das Jahr 1991 abgerechneten Behandlungsfälle ergeben. Die Ausgaben nach § 84 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 werden entsprechend ermittelt. Soweit ausreichende statistische Angaben über die Ausgaben im Geltungsbereich des Budgets nicht vorliegen,

sind Schätzungen auf der Grundlage geeigneter Bezugsgrößen vorzunehmen.

(3) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag bis zu einer Höhe von insgesamt 280 Millionen Deutsche Mark gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Die Aufteilung des Ausgleichsbetrages auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt nach Maßgabe ihrer Anteile am übersteigenden Betrag. Wird der Ausgleich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht sichergestellt, erfolgt eine Verrechnung im Rahmen der Gesamtvergütungen im Jahr 1994. § 84 Abs. 1 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(4) Eine Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel um mehr als 280 Millionen Deutsche Mark wird bis zu einer Höhe von 560 Millionen Deutsche Mark von den pharmazeutischen Unternehmern gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen. Der Ausgleich erfolgt durch eine entsprechende Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 28. Die pharmazeutischen Unternehmer gleichen die dem pharmazeutischen Großhandel und den Apotheken auf Grund der Verlängerung des Preismoratoriums entstehenden Ertragseinbußen durch entsprechende Rabatte aus.

(5) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 5 ermittelten Ausgaben für Heilmittel gilt § 84 Abs. 1 Satz 4 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für den in Absatz 4 genannten Ausgleich erforderliche Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 28 sowie die Höhe der Rabatte nach Absatz 4 Satz 3.

(7) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fort; § 84 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(8) Für das Beitrittsgebiet gelten Budgets erstmalig für das Jahr 1994. Den Budgets für 1994 sind die verdoppelten Ausgaben des ersten Halbjahres 1992, bereinigt um den Rechnungsabschlag nach § 311 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, unter Berücksichtigung der in Absatz 1 sowie der in § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorgaben zugrunde zu legen. Absatz 7 gilt entsprechend.

Artikel 28

Preismoratorium für Arzneimittel

(1) Die Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Fertigarzneimittel, für die §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 gelten und für die am 1. Januar 1993 kein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt ist, betragen in den Jahren 1993 und 1994

1. höchstens 95 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die der Verschreibungspflicht unterliegen,
2. höchstens 98 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen.

Die pharmazeutischen Hersteller haben die Preise entsprechend zu senken und rechtzeitig bekanntzugeben. Gibt ein Hersteller die Preise nicht oder nicht rechtzeitig bekannt, gelten die nach Satz 1 Nr. 1 und 2 höchstzulässigen Preise als Herstellerabgabepreise. Die Preise nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind den Großhandelszuschlägen nach § 2 und entsprechend den Apothekenzuschlägen nach § 3 der Arzneimittelpreisverordnung zugrunde zu legen. Die von den Krankenkassen an die Apotheken zu entrichtende Vergütung ist auf dieser Grundlage zu berechnen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Preisabschläge nach Absatz 1 entsprechend der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (89/105/EWG) die Preisabschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufheben oder verringern.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Versorgung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind.

Artikel 29

Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“

§ 1

Geschäftsstelle des Instituts

Die Geschäftsstelle der nach § 39 a Arzneimittelgesetz gebildeten Transparenzkommission übernimmt für eine vom Bundesminister für Gesundheit zu bestimmende Übergangszeit die Aufgaben der nach § 92 a Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bildenden Geschäftsstelle des Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“.

§ 2

Aufgaben des Instituts

Das Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ nach § 92 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterstützt den Bundesminister für Gesundheit in der Übergangszeit bis zum Erlass einer Rechtsverordnung nach § 34 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei der Vorbereitung von Rechtsverordnungen nach § 34 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 30

Sonderkündigungsrecht für versicherungsfreie Personen

Versicherungsfreie Personen, die keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, können ab 1. Juli 1994 bei diesem Versicherungsunternehmen eine Bescheinigung darüber beantragen, daß der Versicherungsschutz die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Erteilt das Versicherungsunternehmen diese Bescheinigung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei weiteren Monaten mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Versicherungsunternehmen darf die Bescheinigung nur erteilen, wenn ihm die zuständige Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Artikel 31

Überleitungsvorschriften

§ 1

Altersgrenze für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

Bei Vertragsärzten und Vertragszahnärzten, die am 1. Januar 1999 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben, endet die Zulassung am 1. Januar 1999. War der Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zu diesem Zeitpunkt

1. weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt tätig und
2. vor dem 1. Januar 1993 als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zugelassen,

verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Satz 1 gilt für angestellte Ärzte entsprechend.

§ 2

Eintragung in das Arztregister

Bis zum 31. Dezember 1993 erfolgte Eintragungen in das Arztregister bleiben unberührt. Wird ein Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt nach dem 31. Dezember 1994 gestellt, hat der Arzt unbeschadet des Satzes 1 die Voraussetzungen des § 95 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erfüllen.

§ 3

Entscheidung über die Zulassung

(1) Einem Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt, der bis zum 31. Januar 1993 gestellt wird, ist auch dann zu entsprechen, wenn Zulassungsbeschränkungen nach dem 1. Januar 1993 gemäß § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind. Die Zulassung nach Satz 1 endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht spätestens bis zum 1. Juli 1993 aufgenommen wird.

(2) Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge, die nach dem 31. Januar 1993 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesauschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat.

(3) Die Absätze 2 und 3 gelten für Vertragszahnärzte entsprechend.

§ 4

Freiwillige Versicherung

Für Personen, die bis zum 31. Dezember 1992 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, gelten § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils in der bis dahin geltenden Fassung auch dann, wenn der Beitritt nach dem 31. Dezember 1992 der Krankenkasse angezeigt wird.

§ 5

Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Erwachsenen

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und deren kieferorthopädische Behandlung vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich zahntechnischer Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 6

Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der Kosten für zahntechnische Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 7

Weitergeltung bestehender Verträge

(1) Verträge zur Regelung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, die am 31. Dezember 1992 auslaufen, gelten so lange fort, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch deren Inhalt festsetzen.

(2) Sofern ab 1. Januar 1993 die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder die Spitzenverbände der Krankenkassen keine Abschlußkompetenz haben, treten an Stelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, die insoweit die Rechte und Pflichten eines Landesverbandes ausüben, in die Verträge ein.

§ 8

Wirkung der Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen

Bis zum 31. Dezember 1995 erhält § 71 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch folgende Fassung:

„(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu beanstanden. Die vorgelegten Vereinbarungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären den Vertragsparteien zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Vereinbarungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandung gelten bisherige Vereinbarungen weiter.“

§ 9

Wirkung der Beanstandung von Entscheidungen der Schiedsämter

Bis zum 31. Dezember 1995 erhält § 89 Abs. 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch folgende Fassung:

„(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 sind den

zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Die vorgelegten Entscheidungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären dem Schiedsamt zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Entscheidungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandungen durch die Vertragspartner oder das Schiedsamt gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandungen gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.“

§ 10

Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates

(1) Die Vertreterversammlung der in § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung genannten Krankenkasse wählt in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1995 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 31 Abs. 3 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung. Hierbei ist § 43 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung zu beachten. Für diese Wahl gelten die Mitglieder des Vorstandes als Mitglieder der Vertreterversammlung. Im übrigen gelten die Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch über die Wahl des Vorstandes entsprechend.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(3) Die erste Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates endet mit Ablauf der achten Amtsperiode der Selbstverwaltungsorgane.

§ 11

Wahl des Vorstandes der Krankenkasse

Der Verwaltungsrat nach § 10 wählt bis zum 31. Dezember 1995 den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Dabei ist § 35 a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung mit der zusätzlichen Maßgabe anzuwenden, daß die Mitglieder des Vorstandes am 1. Januar 1996 das achtundfünfzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben dürfen.

§ 12

Überleitungsvorschrift für die Verbände der Krankenkassen

Die §§ 10 und 11 gelten für die Landes- und Bundesverbände entsprechend.

Artikel 32

Übergangsregelungen zum Risikostrukturausgleich

§ 1

(1) Für das Geschäftsjahr 1994 bleiben außer Betracht

1. Leistungsausgaben, soweit sie auf in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Personen und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen entfallen, bei der Ermittlung der Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Beitragseinnahmen, soweit sie auf in Nummer 1 genannte Personen entfallen, bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Zu den Ausgaben für das Geschäftsjahr 1994 nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 2

§§ 268 und 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten außer Kraft, wenn die auf der Grundlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Jahres 1994 entstandenen Ansprüche und Verpflichtungen der Krankenkassen ausgeglichen sind. Den Zeitpunkt des Außerkrafttretens bestimmt der Bundesminister für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse in der Krankenversicherung der Rentner gilt ab 1. Januar 1995 der Risikostrukturausgleich nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können für das Geschäftsjahr 1993 Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Voraussetzung ist, daß der Bedarfssatz dieser Krankenkasse den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchgeführt worden ist. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen

der Zustimmung von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbands. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von 60 Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 266 Abs. 2 Satz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse nach Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbandes. Vor der Entscheidung über die Hilfe hat der Spitzenverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse und, wenn die Krankenkasse einem Landesverband angehört, mit dem Landesverband zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. § 266 Abs. 3 Satz 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 4

Bedarfssatz nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für das Geschäftsjahr 1993 das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 270 Satz 4 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 33

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1992 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 103 und Artikel 7 Nr. 4.

(3) Am 1. Januar 1994 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 34 Buchstabe a, Nr. 48 Buchstabe a, Nr. 49, 124, 125, 126, 152, Artikel 9 Nr. 1 und Artikel 11 Nr. 4.

(4) Am 1. Januar 1996 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe b, Nr. 74 Buchstabe a, Nr. 76, 77 Buchstabe b, Nr. 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87 Buchstaben b und c, Nr. 88 Buchstabe b, Nr. 89 Buchstabe a, Nr. 90 Buchstabe a, Nr. 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 107 Buchstabe b, Nr. 108, 109, 110, 112, 113, 114, 117, 118, 122, 145, Artikel 2 Nr. 1, 3, Artikel 3 Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, Artikel 7 Nr. 3, Artikel 11 Nr. 7 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb, Nr. 9, Artikel 12 Abs. 3 Nr. 4, 5, 6 Buchstabe b, Nr. 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc, Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Artikel 16.

(5) Am Tage der Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 92 a Abs. 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Bundesanzeiger treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a, Nr. 20 Buchstabe b, Nr. 33 Buchstabe d, Nr. 45 Buchstabe b, Nr. 66, 67 und Artikel 2 Nr. 2. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Tag des Inkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangssituation

1. Handlungsbedarf

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht auf hohem medizinischen Niveau. Gleichwohl gibt es erhebliche Strukturmängel und Fehlsteuerungen. Zunehmende Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten in einzelnen Leistungsbereichen, unzureichende Verzahnung der verschiedenen Versorgungsebenen, verzerrte Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen im gegliederten System und eine damit einhergehende Gefährdung des Solidaritätsprinzips, teilweise falsche Anreizstrukturen und mangelnde Effektivität haben eine Situation entstehen lassen, die im weiten Umfang gesetzgeberisches Handeln erfordert. Strukturelle Reformschritte sind unabdingbar, um der GKV als einem der zentralen Eckpfeiler der sozialstaatlichen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland auch weiterhin ein sicheres Fundament zu erhalten. Bis zur Wirksamkeit der vorgesehenen Schritte zur Strukturreform müssen angesichts der derzeit steigenden Defizite in der GKV Sofortmaßnahmen zur Sicherung der Stabilität der GKV ergriffen werden.

Die finanzielle Entwicklung der GKV in den alten Ländern ist dramatisch. Die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied stiegen 1991 mit 10,6 % mehr als doppelt so stark wie die beitragspflichtigen Einnahmen mit 5 %. Im 1. Halbjahr 1992 hat sich die Schere zwischen Ausgabenanstieg (+10,6 %) und Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen (+4,4 %) noch weiter auseinanderentwickelt. Im Jahr 1991 gab es ein Defizit in der Krankenversicherung der alten Länder von rund 5,6 Mrd. DM, für 1992 wird mit einem Defizit von über 10 Mrd. DM gerechnet. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der von 12,9 % im Jahr 1989 (Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes) auf 12,2 % im Jahr 1991 gesunken war, ist zum 1. Oktober 1992 auf das historische Rekordniveau von 13,1 % gestiegen. Aber auch in den neuen Ländern ist die Finanzsituation der GKV zunehmend problematisch. Nach einem Überschuß im Jahr 1991 ist im 1. Halbjahr 1992 ein Defizit von rund 230 Mio. DM entstanden. Die Versorgungs- und Versichertenstrukturen passen sich zunehmend dem Niveau des alten Bundesgebiets an. Ausgabenbegrenzende Regelungen sind deshalb auch in den neuen Ländern erforderlich.

Faktoren wie z. B. die demographische Entwicklung und der medizinische und medizintechnische Fortschritt wirken nur langfristig und erklären deshalb die derzeitigen Kostenschübe nicht. Wenn binnen eines Jahres die Leistungsausgaben der Krankenkassen zweistellig wachsen und auf diesem Niveau erneut zweistellige Zuwachsraten zu erwarten sind, kann

dies nicht mit Langfristeffekten erklärt werden. Vielmehr zeigen sich hier die Auswirkungen erheblicher Unwirtschaftlichkeiten. Die sich zunehmend verschärfende Konkurrenzsituation unter den niedergelassenen Ärzten fördert die Bereitschaft zu einem großzügigen und damit unwirtschaftlichen Verordnungsverhalten. Außerdem wurden Steuerungsinstrumente des GRG, wie z. B. Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Transparenzvorschriften, noch nicht umgesetzt.

Steigende Ausgaben und steigende Beitragssätze sind mit ihren gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen eine gefährliche Belastung der Arbeitnehmer und der Betriebe. Dies gilt gerade jetzt vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen durch den Aufbau in den neuen Ländern und angesichts der Herausforderungen durch den europäischen Binnenmarkt. Steigende Beitragssätze in der GKV führen zudem zu niedrigeren jährlichen Rentenanpassungen.

Am dringenden Handlungsbedarf kann deshalb kein Zweifel bestehen. Zum einen muß die defizitäre Entwicklung der GKV sofort gestoppt werden. Zum anderen geht es darum, Strukturmaßnahmen einzuleiten, die dem GKV-System Perspektive und Stabilität für die Zukunft geben und die Ausgabenentwicklung auch mittel- und längerfristig stabilisieren.

Bei den Beratungen zum Gesundheits-Reformgesetz (GRG) 1988 haben die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und FDP zur Begrenzung von Überkapazitäten, insbesondere der steigenden Zahl niedergelassener Ärzte, zur Schaffung von mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung und zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der GKV Reformschritte angekündigt. Gleichzeitig hat die Fraktion der SPD in einem Entschließungsantrag zum GRG eine durchgreifende Reform des Gesundheitswesens angemahnt und dabei insbesondere eine Neuordnung der überkommenen Organisationsstrukturen der GKV sowie eine grundlegende Neugestaltung der Arzneimittelversorgung verlangt.

Die dringende Notwendigkeit der angestrebten Reform wird von allen Parteien sowie den Verbänden und den Experten des Gesundheitswesens gesehen. Die Bundesregierung hat im September 1992 den Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes und eines Dritten Gesetzes zur Änderung des SGB V in den Bundestag eingebracht (BT-Drucksachen 12/3209 und 12/3210) und der Fraktion der SPD die Erarbeitung eines gemeinsamen Reformkonzeptes vorgeschlagen.

Die Fraktion der SPD hat dieses Angebot begrüßt und gleichzeitig einen Entschließungsantrag „Reform des Gesundheitswesens“ im Bundestag eingebracht, in dem die Grundsätze der notwendigen Strukturreformmaßnahmen aus ihrer Sicht dargelegt werden (BT-

Drucksache 12/3226). Einen inhaltlich gleichlautenden Entschließungsantrag hat der Bundesrat Ende September 1992 als Stellungnahme zu den Regierungsentwürfen verabschiedet. Dabei sind auch vom Bundesrat gemeinsame Verhandlungen mit Bundesregierung, Koalitionsfraktionen und mit der Fraktion der SPD dem Ziel einer einvernehmlichen Lösung ausdrücklich befürwortet worden (BR-Drucksache 560/92 [Beschluß]).

Nach sehr intensiven Verhandlungen, an denen auch Sozialminister der Länder maßgeblich beteiligt waren, sind im Laufe des Oktober 1992 die Eckpunkte für den vorliegenden Entwurf eines Gesundheitsstrukturgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. erarbeitet worden. Notwendige Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze werden mit dauerhaft wirksamen Strukturreformen der GKV verknüpft. Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz wird allein für das Jahr 1993 in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Einsparvolumen von rd. 10,7 Mrd. DM angestrebt. Dem stehen Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen von rd. 550 Mio. DM im Jahr 1993 gegenüber.

2. Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung

Die Ausgaben der GKV-West sind zwischen 1970 und 1991 von 25,2 Mrd. DM auf 159,8 Mrd. DM gestiegen. Die Folge dieser Ausgabenentwicklung, deren Wachstumsrate in den Jahren bis 1988 im Durchschnitt deutlich über der Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten lag, war ein Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 8,2 % im Jahr 1970 über 12 % im Jahr 1982 auf 12,9 % im Jahr 1988.

Nach einer kurzfristigen Ausgabenverringerung infolge des GRG steigen die Leistungsausgaben seit Mitte 1990 wieder stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. 1991 lag das Wachstum der Ausgaben mehr als doppelt so hoch wie das der beitragspflichtigen Einnahmen. Es wird erwartet, daß durch die vorgesehenen Maßnahmen der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV, der derzeit in den alten Ländern bei 13,1 % liegt, bis Anfang 1993 nur noch geringfügig ansteigen wird und sich in der Folgezeit stabilisiert, möglicherweise auch wieder leicht sinkt. Für die neuen Länder ist damit zu rechnen, daß das derzeit erreichte durchschnittliche Beitragssatzniveau von 12,5 % durch die Maßnahmen dieses Gesetzes in den nächsten Jahren stabilisiert werden kann.

3. Handlungsbedarf in den einzelnen Leistungsbereichen

Die Ausgabenentwicklung in den alten Bundesländern verdeutlicht den Handlungsbedarf.

a) Krankenhaus

Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung in Höhe von 49,1 Mrd. DM im Jahr 1991 bilden den

größten Ausgabenblock der GKV. Gegenüber 1990 stiegen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung im Jahr 1991 je Mitglied um 8 % und damit um 3 Prozentpunkte mehr als die beitragspflichtigen Einnahmen. Im 1. Halbjahr 1992 lag das Ausgabenwachstum mit 10,1 % sogar mehr als doppelt so hoch wie der Anstieg der Grundlöhne.

Ohne erhöhte Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern und ohne die Begrenzung der stationären Versorgung auf Patienten, die einer Krankenhausbehandlung auch wirklich bedürfen, ist die Stabilität der Beitragssätze nicht zu erreichen.

Der grundlegende Strukturfehler im Krankenhaus ist das Selbstkostendeckungsprinzip in Verbindung mit dem tagesgleichen Pflegesatz. Solange das belegte Bett und nicht die Leistung, die der Patient benötigt, der Maßstab für die Einnahmen, für die Personalausstattung und für die Investitionsförderung ist, sind Fehlsteuerungen und eine zu hohe Verweildauer die ökonomisch logische Konsequenz falscher Rahmenbedingungen. Zudem leisten ein globales Überangebot an Akutbetten und medizinisch nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen der Fehlbelegung Vorschub. Zu strukturell bedingten Fehlentwicklungen und Unwirtschaftlichkeit trägt auch die unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bei.

Deshalb sieht der vorliegende Gesetzentwurf weitreichende strukturelle Änderungen und damit eine umfassende Krankenhausreform vor, deren Ziel es ist, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung grundlegend zu verbessern. Die medizinische Leistungsfähigkeit und die Versorgungsqualität der Krankenhäuser wird nicht beeinträchtigt, die Wirtschaftlichkeit wird erhöht.

b) Ambulante ärztliche Versorgung

Seit 1989 sind die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung von 22,7 Mrd. DM auf 26,7 Mrd. DM im Jahr 1991 gestiegen. Die Steigerungsrate je Mitglied lag 1991 mit 7,5 % um 2,5 Prozentpunkte über den beitragspflichtigen Einnahmen. Im ersten Halbjahr 1992 wurde mit einer Wachstumsrate von 9,7 % je Mitglied ein weiterer sprunghafter Anstieg verzeichnet.

Wesentliche Ursachen dafür sind eine in ihrem Ausmaß medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung, die Herausnahme eines wachsenden Anteils von Leistungen aus der Deckelung der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverträge und die gestiegene Zahl von Ärzten bei weiter zunehmendem Ungleichgewicht zwischen allgemeinärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Darüber hinaus sind auch einzelne Vorschriften des GRG (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Richtgrößen und Transparenzvorschriften) nicht oder nur unzureichend umgesetzt worden.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht deshalb weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der Wirt-

schaftlichkeit im ambulanten Bereich vor. Insbesondere enthält er entscheidende Regelungen zur bedarfsgerechten Begrenzung der Niederlassung in der kassenärztlichen Versorgung, zur verbindlichen Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich, zur Neustrukturierung des ärztlichen Vergütungssystems und zur Einführung effektiver Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Zudem bleibt die Selbstverwaltung aufgefordert, die offene Transparenz- und Wirtschaftlichkeitsregelungen (z. B. Einführung der Krankenversichertenkarte) nunmehr umzusetzen.

c) Ambulante zahnärztliche Versorgung

Seit dem Jahr 1989 haben sich die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung (zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz ohne Versichertenanteile) von 12,6 Mrd. DM auf 14,7 Mrd. DM im Jahr 1991 erhöht. Der Rückgang der Ausgaben in den Jahren 1989 und 1990 ist vor allem auf eine explosive Mengenentwicklung beim Zahnersatz vor Inkrafttreten des GRG zurückzuführen. Im Jahr 1991 wuchsen die Ausgaben für Zahnersatz und zahnärztliche Behandlung allerdings mit einer Steigerungsrate von 11,1 % je Mitglied und damit mehr als doppelt so stark wie die der beitragspflichtigen Einnahmen von 5 %. Im 1. Halbjahr 1992 betrug die Steigerungsrate sogar 13,5 %.

Der weit überproportionale Anstieg beim Zahnersatz (13,7 % je Mitglied) im Jahr 1991 beschleunigte sich im ersten Halbjahr 1992 nochmals (14 % je Mitglied). Diese Ausgabenentwicklung ist medizinisch kaum zu erklären und gesundheitspolitisch fragwürdig. Im übrigen sind Zahnersatzleistungen gegenüber der Zahnerhaltung zu hoch bewertet.

d) Arzneimittel

Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel sind von 20,2 Mrd. DM im Jahr 1989 auf 24,5 Mrd. DM im Jahr 1991 gestiegen. Gegenüber 1990 lagen die Leistungsausgaben je Mitglied mit 9,9 % und auch im 1. Halbjahr 1992 mit 8,9 % noch doppelt so hoch wie der Anstieg der jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Nach einem Rückgang im Jahr 1989 hat sich die expansive Ausgabenentwicklung wie vor Inkrafttreten des GRG fortgesetzt. Dazu haben vor allem die steigende Zahl von Verordnungen durch niedergelassene Ärzte, die Veränderung des Wertes je Verordnung, die Zunahme von verordneten Großpackungen, aber auch die unzureichende Umsetzung der Vorschriften des GRG beigetragen. So wurden bisher nur für ca. 40 % der GKV-Arzneimittelausgaben Festbeträge festgesetzt. Auch die Vereinbarung wirksamer Richtgrößen und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Selbstverwaltung ist bislang weitgehend ausgeblieben. Deshalb sieht der Gesetzentwurf bei der Arzneimittelversorgung weitergehende strukturverändernde Maßnahmen vor, die zu einer Ausgabendämpfung und

wirtschaftlicheren Verordnungsweise beitragen werden.

e) Heil- und Hilfsmittel, Kuren

Die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel haben sich seit Inkrafttreten des GRG von 7,8 Mrd. DM auf 9,7 Mrd. DM im Jahr 1991 erhöht. Je Mitglied stiegen sie im Jahr 1991 um 12,7 %; das Wachstum beschleunigte sich im 1. Halbjahr 1992 auf 12,9 %. Wesentlichen Anteil daran haben die hohen Steigerungsraten für Heilmittel. Ursachen hierfür sind bei den Heilmitteln wie im Arzneimittelbereich eine starke Mengenexpansion bei fehlenden Richtgrößen und eine unzureichende Markttransparenz bei Hilfsmitteln.

Die Ausgaben für Kuren, die im Jahr 1989 zunächst deutlich zurückgegangen waren, haben sich in den Jahren 1990 und 1991 wieder spürbar erhöht, insbesondere im Bereich der stationären Kuren. 1991 betrug die Steigerungsrate für Kuren je Mitglied 18,3 % und lag damit weit über dreimal so hoch wie der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen. Trotz einer Abflachung der Steigerungsrate liegt das Wachstum im 1. Halbjahr 1992 mit 10,6 % weiterhin im zweistelligen Bereich.

f) Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 1991 sind gegenüber dem Vorjahr um 6,8 % je Mitglied gestiegen. Sie liegen um fast 2 Prozentpunkte über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen und tragen damit ebenfalls zur defizitären Entwicklung in der GKV bei. Im 1. Halbjahr 1992 betrug der Anstieg bei den Verwaltungsausgaben sogar 8,1 %.

g) Organisationsreform

Dringender Handlungsbedarf besteht für eine umfassende Organisationsreform in der GKV. Die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten bei der Wahl der Krankenkasse und die überkommenen berufs- und betriebsbezogenen Gliederungsprinzipien der GKV haben in den letzten Jahren zunehmend zu unterschiedlichen Risikostrukturen, zum Teil zu Risikoselektionen und zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen geführt. Damit wird aber das für die GKV grundlegende Solidaritätsprinzip zunehmend gefährdet.

Folgen dieser Entwicklung sind Beitragssatzunterschiede der Krankenkassen von derzeit bis zu 7,5 Prozentpunkten vor Ort bei einem vom Gesetzgeber vorgegebenen grundsätzlich gleichen Leistungsspektrum. Krankenkassen mit einer ungünstigen Mitgliederstruktur müssen vielfach besonders hohe Beitragssätze erheben. Dies ist sozial- und verteilungspolitisch nicht länger hinzunehmen und wird in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 und 28 GG) immer stärker als eine schwerwiegende Verletzung

des allgemeinen Willkürverbots und des Verfassungsgrundsatzes der Gleichbehandlung aller Bürger (Artikel 3 Abs. 1 GG) angesehen.

Die im Selbststeuerungspotential liegenden Vorteile der gegliederten und selbstverwalteten GKV gegenüber alternativen Systemen staatlicher Gesundheitsversicherung können sich nur dann in einer Wettbewerbsordnung voll entfalten, wenn diese auf die besonderen Bedingungen der vom Solidaritätsprinzip getragenen sozialen Krankenversicherung zugeschnitten ist. Dafür sind weitgehend gleiche Wahlrechte für die Versicherten zwischen allen Krankenkassen, ausgewogene Risikostrukturen sowie größtmögliche Chancengleichheit aller konkurrierenden Krankenkassen vor Ort die zentralen Voraussetzungen.

Die gegenwärtigen Organisationsstrukturen in der GKV beeinträchtigen die Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern. Modernisierung der Wettbewerbsordnung durch gleiche Wettbewerbsbedingungen in der GKV und eine Stärkung der Eigenverantwortung von Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Krankenkassen sind wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung struktureller Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen, die auf gesteigerte Qualitätssicherung, Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung ausgerichtet sind. Deshalb ist die Organisationsreform der GKV unaufschiebbar.

Ehe aber weitergehende Wahlfreiheiten der Versicherten und unverzerrter Wettbewerb der Krankenkassen zum Tragen kommen können, müssen die über Jahrzehnte verfestigten Verwerfungen in den Krankenkassenstrukturen durch einen Ausgleich jener Risikofaktoren, auf die die einzelne Krankenkasse keinen Einfluß hat, abgebaut werden. Dazu wird ein bundesweiter kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt. Gleichzeitig erfolgt der Abbau von gesetzlich bedingten Wettbewerbsverzerrungen. Auch die inneren Organisationsstrukturen der Krankenkassen und ihrer Verbände werden den Anforderungen an die neue Wettbewerbsordnung in der GKV angepaßt und grundlegend reformiert.

h) Kosten- und Leistungstransparenz

Die bei den Krankenkassen anfallenden Daten über das Leistungsgeschehen in der medizinischen Versorgung und die damit verbundenen Kosten werden bisher nur unzureichend genutzt, um die Informationsgrundlagen für gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Insbesondere fehlen weitgehend die Voraussetzungen für eine rationelle Erfassung und Auswertung der Daten.

Zudem sind Leistungsgeschehen und Kosten in der GKV für die Beteiligten, insbesondere die Versicherten, nicht hinreichend transparent. Dazu sind Verbesserungen vorgesehen.

II. Schwerpunkte der Reform

1. Gesundheits-Strukturgesetz — Ausgaben begrenzen und unwirtschaftliche Strukturen beseitigen

Der zwingende Handlungsbedarf, insbesondere die Vermeidung weiterer Beitragssatzerhöhungen in der GKV machen eine Sofortbremse bei den Ausgaben notwendig. Sie wird mit dem Gesundheits-Strukturgesetz herbeigeführt. Von 1993 bis 1995 dürfen die Ausgaben der GKV nur noch im Gleichklang mit den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder steigen. Die Budgetierung der Ausgaben der GKV bezieht sich nicht nur auf die einzelnen Leistungsbeiriche, sondern gilt auch für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Ausgangsbasis für die Budgetierung sind — bis auf den Krankenhausbereich — die um die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1992 erhöhten Rechnungsergebnisse des Jahres 1991. Für den Bereich der neuen Länder werden hinsichtlich der Budgetierungen bestimmte Sonderregelungen vorgesehen.

Die Budgetierung trägt der gesetzlichen Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität in der GKV Rechnung.

Beitragssatzstabilität beinhaltet indessen nicht, daß die Gesundheitsausgaben in den nächsten Jahren stagnieren. Allein durch den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder fließen den gesetzlichen Krankenkassen in den alten Ländern im Jahr 1992 voraussichtlich zusätzliche Mittel in Höhe von 6 bis 7 Mrd. DM zu. Mit diesen Mehreinnahmen läßt sich eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, die den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt angemessen berücksichtigt, auch ohne Beitragssatzerhöhungen sicherstellen. Gleichzeitig werden Arbeitnehmer und Betriebe nicht weiter belastet; die Leistungserbringer nehmen weiterhin am Wachstum der Volkswirtschaft teil.

Gesetzliche Eingriffe zur unmittelbaren Begrenzung der Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen sind als dauerhaftes Instrument untauglich; sie können und dürfen auch nicht wiederholt eingesetzt werden. Bereits mittelfristig muß das Zusammenwirken von Krankenkassen, Leistungserbringern, Versicherten und Gesetzgeber zu einer am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientierten Selbststeuerung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Diesem Ziel dienen die Strukturelemente dieses Gesetzentwurfs, insbesondere die Neuordnung des Vergütungssystems für Krankenhausleistungen, die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die wirksame Begrenzung der steigenden Arztlzahlen in der GKV, die Neugestaltung des Arzneimittelsektors und die Organisationsreform des gegliederten Krankenkassensystems.

Die vorübergehende Budgetierung bedeutet nicht, daß die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen außer Funktion gesetzt wird. Sie kann auch weiterhin die Gesamtvergütung aushandeln, hat dabei allerdings als Obergrenze für Zuwächse den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mit-

glieder der GKV zu beachten. Im übrigen bleiben Funktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV voll erhalten. Nur wenn innerhalb angemessener Fristen die gesetzlichen Aufträge nicht erfüllt werden, sind Regelungen vorgesehen, die zu einer rechtswirksamen Umsetzung führen. Dies geschieht über die Anrufung von Schiedsstellen durch die Aufsichtsbehörden oder durch Ersatzvornahmen im Verordnungsweg.

2. Maßnahmen in den einzelnen Leistungsbereichen

a) Krankenhaus

Bedeutung

Im GRG wurde der Krankenhausbereich nicht strukturell verändert. Das Gesundheits-Strukturgesetz holt dies jetzt nach. Die Bedeutung des stationären Sektors zeigt sich allein daran, daß ein Drittel der Leistungsausgaben der GKV auf das Krankenhaus entfällt. Ohne Stabilität im Krankenhausbereich gibt es keine Beitragsstabilität.

Budgetierung

Unter Berücksichtigung der neuen Pflegepersonalhaltzahlen und neuer Stellen in der stationären Psychiatrie sowie für Hebammen/Geburtshelfer werden im Rahmen der Sofortbremsung die Budgets der Krankenhäuser von 1993 bis 1995 auf der Basis des Jahres 1992 an die jährliche Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder gekoppelt. Kosten aufgrund neuer krankenhausspezifischer Rechtsvorschriften können zusätzlich berücksichtigt werden. Für den Fall, daß im Durchschnitt der Jahre 1993 bis 1995 die lineare Steigerung der Vergütung nach dem BAT oberhalb der beitragspflichtigen Einnahmen liegt, wird ein Ausgleich vorgenommen. Die Steigerungsraten in den Jahren 1987 bis 1989 haben gezeigt, daß eine Anbindung an die beitragspflichtigen Einnahmen möglich ist, ohne die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu beeinträchtigen. Die Budgetierung kann durch die vorzeitige Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen zum 1. Januar 1995 abgelöst werden. Neue Sonderentgelte und Fallpauschalen können bereits ab 1. Januar 1993 unter Einhaltung der Budgetobergrenze gebildet werden.

Selbstkostendeckungsprinzip, leistungsorientierte Vergütung

Das bisher geltende Selbstkostendeckungsprinzip gewährleistet den Krankenhäusern die Erstattung der Kosten und läßt damit auch Unwirtschaftlichkeiten zu. Mit seiner Aufhebung zum 1. Januar 1993 wird ein grundlegender Strukturfehler im Krankenhausbereich beseitigt.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt weiterhin durch öffentliche Fördermittel zur Investitionsfinanzierung und durch leistungsgerechte Vergütungen. Die duale Finanzierung soll schrittweise in einem mittel- und längerfristigen Prozeß durch ein monistisches Finanzierungssystem (Finanzierung insgesamt über die Pflegesätze) ersetzt werden. Die Vergütung von Krankenhausleistungen soll sich künftig in erster Linie an der medizinisch gebotenen Leistung orientieren. Daher wird der tagesgleiche Pflegesatz so schnell und so weitgehend wie möglich durch Sonderentgelte, Fallpauschalen und differenzierte Pflegesätze abgelöst. Dabei sind folgende Schritte vorgesehen:

- Ab 1. Januar 1993 sollen Fallpauschalen, Sonderentgelte und abteilungsbezogene Entgelte unter Einhaltung der Budgetobergrenze vereinbart werden. Unbeschadet davon wird das Bundesministerium für Gesundheit bereits zum 1. Juni 1993 einen Entwurf zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung mit Katalogen für Sonderentgelte und Fallpauschalen sowie Kalkulationsvorgaben (Bewertungsrelationen) vorlegen.
- Zum 1. Januar 1995 können die Krankenhäuser die in der neuen Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Sonderentgelte und Fallpauschalen freiwillig einführen. In diesem Falle entfällt die Budgetierung.
- Zum 1. Januar 1996 werden Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Bundespflegesatzverordnung verbindlich eingeführt. Vorgesehen sind Leistungskataloge mit rd. 160 Sonderentgelten und rd. 40 Fallpauschalen.

Wie bereits in der geltenden Bundespflegesatzverordnung vorgesehen, soll darüber hinaus die Vereinbarung weiterer Sonderentgelte und Fallpauschalen durch die Selbstverwaltung möglich sein.

- Die Vorgabe der Bewertungsrelationen (Punktzahlen) erfolgt in der Bundespflegesatzverordnung (bundesweite Geltung). Die Preise (Punktwerte) werden auf Landesebene — nicht krankenhausspezifisch — vereinbart. Das Restbudget wird krankenhausspezifisch vereinbart. Für die Abteilungen werden Abteilungspflegesätze für die Restbudgets gebildet.

Investitionen

Um den Investitionsstau in den Krankenhäusern abzubauen, sollen zusätzlich private Mittel zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen eingesetzt werden können. Voraussetzung ist, daß sich dadurch keine höheren Pflegesätze als bei vergleichbaren und ausschließlich öffentlich finanzierten Krankenhäusern ergeben. Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, pflegesatzentlastende Rationalisierungsinvestitionen in Krankenhäusern zu finanzieren. Durch Rationalisierungsinvestitionen u. a. in der Energie- und Wasserversorgung, Küche und Wäscherei können bei den Pflegesätzen erhebliche Einsparungen erzielt werden.

In der stationären Versorgung bestehen Überkapazitäten. Um den Abbau oder die Umwidmung nicht notwendiger Krankenhausbetten zu erleichtern, darf sich die pauschale Investitionsfinanzierung der Länder ab 1994 nicht mehr ausschließlich an der Zahl der Krankenhausbetten ausrichten.

Kündigung, Versorgungsvertrag

Zusätzlich soll die Kündigung von Krankenhäusern, die den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht entsprechen, erleichtert werden. Eine solche Kündigung ist nur mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde möglich. Die Genehmigung der Kündigung soll künftig aber nur versagt werden können, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Durch die Regelung, daß eine Kündigung dann wirksam wird, wenn das Land nicht innerhalb von sechs Monaten widerspricht, wird zügig Rechtsklarheit geschaffen. Außerdem werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung bei Versorgungsverträgen im Rahmen der Krankenhausplanung erweitert.

Verzahnung ambulant — stationär

Durch eine bessere Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung können erhebliche Kosten eingespart werden. Die Verbände der Krankenkassen, Krankenhäuser und der Kassenärzte haben den nach dem GRG vorgesehenen Abschluß von entsprechenden Verträgen nur unzureichend umgesetzt. Durch das Gesundheits-Strukturgesetz wird für die vor- und nachstationäre Behandlung ein verbindlicher Rahmen festgelegt. Ergänzende Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Landesebene zur Dauer und Durchführung der vorstationären und nachstationären Behandlung sind möglich.

Ferner wird die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus und in der Arztpraxis ausgebaut. Dazu vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, einheitliche Vergütungssätze sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Kommt bis zum 31. März 1993 ein Vertrag nicht zustande, erfolgt eine Regelung durch Rechtsverordnung des Bundes. Bis zum Inkrafttreten einer Regelung sind die Krankenhäuser auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Durchführung ambulanter Operationen zugelassen.

Unabhängig von einer Regelung für ambulantes Operieren können Krankenhäuser Operationen teilstationär durchführen. Auch hierfür sollen Krankenkassen und Krankenhäuser leistungsgerechte Vergütungen vereinbaren.

Die bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schließt auch die Großgeräteplanung ein. Hier wird die bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt und mit Wirkung vom 1. Januar

1993 auch für den ambulanten Bereich ein Vergütungsausschluß für Leistungen, die mit nicht abgestimmten Großgeräten erbracht werden, ausdrücklich und unmittelbar durch das Gesetz geregelt. Damit wird auch einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen. Darüber hinaus wird der Bundesminister für Gesundheit ermächtigt, den Katalog der abstimmungspflichtigen Großgeräte sowie Anhaltszahlen für die Versorgung mit Großgeräten durch Rechtsverordnung festzulegen.

Liquidationsberechtigte Ärzte

Die liquidationsberechtigten Ärzte in den Krankenhäusern werden stärker als bisher an den Kosten beteiligt, die durch die Nutzung von Einrichtungen und Personal des Krankenhauses bei der Behandlung von Privatpatienten entstehen. Die Kostenerstattungen werden bei den Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt und entlasten die Krankenkassen. Durch Übergangsregelungen wird sichergestellt, daß bestehende Verträge fortgelten können und den Krankenhausträgern während der Budgetierungsphase rd. 50 % der vertraglichen Nutzungsentgelte verbleiben.

Pflegepersonal

Durch die Einsparungen wird es möglich, die Situation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern zu verbessern. Zum 1. Januar 1993 treten neue und leistungsbezogene Anhaltszahlen für die Pflegemitarbeiter in Kraft. Sie werden bis 1996 zu 13 000 weiteren Stellen in der Krankenpflege führen. Bereits im Vorgriff auf diese Verordnung konnten in den Pflegesatzverhandlungen für 1992 zusätzliche 13 000 Stellen berücksichtigt werden.

Zuzahlung bei stationärer Behandlung und stationären Kuren

Die Zuzahlung der Versicherten bei Krankenhausbehandlung, die im geltenden Recht auf höchstens 14 Tage im Kalenderjahr begrenzt ist, wird beibehalten. Der Betrag wird ab 1. Januar 1993 von 10 DM auf 11 DM in den alten Bundesländern erhöht und in den neuen Bundesländern von 10 auf 8 DM gesenkt. Ab 1. Januar 1994 sind 12 bzw. 9 DM zuzuzahlen. Für die Zuzahlung gibt es wegen ihrer Begrenzung wie bisher keine Härtefallregelung. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre bleiben von der Zuzahlung ausgenommen.

Neue Bundesländer

Ein Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern von 1994 bis 2003 wird unter Beteiligung von Bund, neuen Ländern und Krankenkassen unter Einbeziehung privater Investitionsmittel angestrebt.

Das Krankenhausbudget 1992 kann im Falle offensichtlich unrichtiger Annahmen auf Antrag des Krankenhauses oder der Krankenkassen berichtigt werden.

Analog der Regelung in den alten Bundesländern werden ab 1. Januar 1994 Kosten für die Instandhaltung der Krankenhäuser auch in den neuen Bundesländern von den Krankenkassen über die Pflegesätze finanziert.

b) Ambulante ärztliche Versorgung

Budgetierung

Auch im ambulanten ärztlichen Bereich wird eine Sofortbremsung der Kosten vorgenommen. Die Gesamtvergütungen der Kassenärzte und -zahnärzte werden von 1993 bis 1995 auf der Basis des Jahres 1991 nur noch um die in 1992 und den drei Folgejahren zu verzeichnende Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen angehoben. Die Budgetierung gilt für die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen, auch wenn sie bisher von der Deckelung ausgenommen waren und als Einzelleistung vergütet wurden. Zur Förderung des ambulanten Operierens wird das bisherige Vergütungsvolumen im Rahmen der Gesamtvergütung in einem besonderen Budget erfaßt, das 1993 bis 1995 um jeweils 10 % erhöht wird.

Begrenzung der Zahl der zugelassenen Kassenärzte

Die Zahl der zugelassenen Kassenärzte ist in den alten Bundesländern in den letzten 20 Jahren um mehr als die Hälfte auf 74 063 (1991) angestiegen. Nach seriösen Schätzungen wird sich diese Zahl in den nächsten acht Jahren noch um 22 000 Kassenärzte erhöhen. Mit einer wachsenden Ärztezahle steigt auch die Zahl der Leistungen und damit der Kostendruck auf die Krankenkassen. Da die niedergelassenen Ärzte eine Vielzahl von anderen Leistungen veranlassen, die das Vierfache der Honorarausgaben betragen, besteht dringender Handlungsbedarf. Deshalb wird in der Übergangszeit ab 1. Januar 1993 die bisherige Bedarfsplanung unter Berücksichtigung qualitativer Gesichtspunkte wirksamer gestaltet. Ab 1. Januar 1999 wird die Zahl der Kassenärzte bedarfsgerecht beschränkt. Diese Frist stellt sicher, daß die jetzt in der klinischen Ausbildung befindlichen Studentinnen und Studenten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig wird ab 1. Januar 1999 eine Altersbeschränkung für Kassenärzte eingeführt. Die Kassenzulassung endet mit Vollendung des 68. Lebensjahres, es sei denn, der Kassenarzt war zu diesem Zeitpunkt weniger als 20 Jahre tätig. Damit wird der späten Niederlassung von Ärzten in den neuen Bundesländern Rechnung getragen.

Im Hinblick auf die dramatische Finanzsituation der GKV, die durch die steigende Zahl der zugelassenen Kassenärzte mitverursacht wird, ist eine Einschränkung der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund fehlender wirksamer Alternati-

ven gerechtfertigt. Die tatsächliche Entwicklung der Kassenarztzahlen ist völlig anders verlaufen, als das Bundesverfassungsgericht es im Jahr 1960 annahm.

Weitere Maßnahmen

Die hausärztliche Versorgung wird unter qualitativen, finanziellen und organisatorischen Aspekten gefördert. U. a. wird der Selbstverwaltung aufgegeben, die Struktur der Laborleistungen mit dem Ziel einer gerechteren Vergütung hausärztlicher Leistungen neu zu ordnen. Ferner erhält die Selbstverwaltung die Aufgabe, bis 1995 für Hausärzte fallbezogene Grundvergütungen bzw. Leistungskomplexhonorare einzuführen und im medizinisch erforderlichen Umfang Einzelleistungshonorierung vorzusehen. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung werden durch die Möglichkeit der Beschäftigung angestellter Ärzte bei einem niedergelassenen Kassenarzt sowie durch eine dreijährige Weiterbildung als Mindestvoraussetzung für Allgemeinmediziner ab 1. Januar 1994 eingeführt.

Neue Bundesländer

Die am 1. Oktober 1992 bestehenden ärztlich geleiteten Einrichtungen bleiben für die Zeit nach 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Bei der Budgetierung der Ausgaben für die ambulante kassenärztliche Behandlung wird für die Jahre 1993 bis 1995 als Ausgangsbasis das doppelte Ausgabenvolumen des 1. Halbjahres 1992 unter Berücksichtigung einer Komponente für steigende Arztzahlen zugrunde gelegt.

c) Ambulante zahnärztliche Versorgung

Budgetierung, Beschränkung der Zahl der zugelassenen Kassenzahnärzte, Beschäftigung angestellter Zahnärzte

Die Maßnahmen zur Budgetierung (ohne Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen), Beschränkung der Zahl der zugelassenen Kassenärzte sowie die Regelung zur Beschäftigung angestellter Ärzte gelten mit Modifizierungen in den neuen Ländern auch für den ambulanten Kassenzahnärztlichen Bereich. Zusätzlich werden weitere Maßnahmen ergriffen, um Fehlentwicklungen in der zahnärztlichen Versorgung zu beseitigen und die Vorsorge zu verbessern.

Zahnersatz und Kieferorthopädie

Zahnerhaltung und Prävention müssen Vorrang vor Zahnersatzleistungen haben. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung sind Zahnersatzleistungen überbewertet. Daher wird der Punktwert für Zahnersatzleistungen und für kieferorthopädische Behandlungen in den alten und den neuen Bundesländern auf der

Basis 1992 um 10 % abgesenkt. Ab 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis.

Ab 1993 wird ein degressiver Punktwert für alle zahnmedizinischen Bereiche bei Überschreiten einer bestimmten Punktwert-Menge eingeführt.

Der Leistungsumfang der Krankenkassen bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung wird zahnmedizinisch sinnvoll neu abgegrenzt. Die Krankenkassen gewährleisten auch weiterhin eine funktionsgerechte und vollwertige Versorgung mit Zahnersatz, nicht aber zahnmedizinisch umstrittene oder unnötig aufwendige prothetische Versorgungsformen. Deshalb werden bestimmte Leistungen, für die medizinisch gleichwertige und kostengünstigere Alternativen bestehen, aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen herausgenommen.

Für Füllungen und Zahnersatz sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität vorgesehen, u. a. durch Verlängerung der Garantiezeiten.

Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen werden für 1993 auf der Basis 1992 um 5 % abgesenkt. Ab 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis. Für zahntechnische Leistungen aus Praxislaboren wird der Preisabschlag erhöht, um die Wettbewerbsbedingungen für die gewerblichen Labore zu verbessern.

d) Sicherstellung der kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Versorgung

Für den Fall, daß die kassenärztliche/kassenzahnärztliche Versorgung in einem Zulassungsbereich oder Gebietsteil durch die kollektive Rückgabe der Zulassungen nicht mehr gewährleistet ist, werden die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, daß die Versorgung der Versicherten sichergestellt bleibt.

e) Arzneimittel

Budgetierung und Richtgrößen

Das Volumen der zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel wird begrenzt.

Ausgangsbasis für die Festlegung eines Arzneimittelbudgets ist das Ausgabenvolumen für Arzneimittel des Jahres 1991, erhöht um den Anstieg der Zahl der Kassenärzte und bereinigt um die finanziellen Auswirkungen der Festsetzung von Festbeträgen, Veränderungen des Arzneimittelpreisniveaus und der Leistungspflicht der GKV (z. B. durch die Zuzahlung der Versicherten). In den neuen Bundesländern wird die Budgetierung erst ab 1994 wirksam.

Bei einer Überschreitung des Arzneimittelbudgets sorgen Ärzte und pharmazeutische Industrie für einen Ausgleich.

Ab 1994 wird das Arzneimittelbudget ausgesetzt, wenn wirksame Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufgrund von Richtgrößen durchgeführt werden. Diese sind ein wichtiges Instrument zur Mengensteuerung bei der Verordnung von Arzneimitteln.

Preis moratorium

Auch die Pharmaindustrie hat einen Solidarbeitrag zu leisten. Im internationalen Vergleich sind die Arzneimittelpreise in Deutschland hoch. Durch die Einführung von Festbeträgen konnte das Preisniveau in diesem Marktsegment abgesenkt werden. Die Pharmaindustrie hat die entstandenen Verluste aber teilweise durch Preiserhöhungen im Nicht-Festbetragsmarkt kompensiert. Aus diesen Gründen werden die Herstellerabgabepreise für Arzneimittel ohne Festbetrag zum 1. Januar 1993 bis einschließlich 31. Dezember 1994 um 5 % (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: 2 %) abgesenkt. Gleichzeitig sollen die Arzneimittelhersteller vom 1. Mai 1992 an auf Preiserhöhungen bei Nicht-Festbetragsarzneimitteln verzichten.

Arzneimittelinstitut

Zur Schaffung von mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt wird beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ein Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ gebildet, das sich aus unabhängigen Sachverständigen zusammensetzt. Das Institut soll eine Vorschlagsliste verordnungsfähiger Fertigarzneimittel für die Anwendung in der kassenärztlichen Versorgung erarbeiten. Bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen. Die Vorschlagsliste ergeht zu Indikationsgebieten, Stoffgruppen und Stoffen. Sie beschreibt eine ausreichende, zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Leistung der Arzneimittelversorgung. Die Liste der verordnungsfähigen Arzneimittel wird durch eine Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheit umgesetzt. Der Kassenarzt kann in Einzelfällen auch die nicht auf der Vorschlagsliste aufgeführten Arzneimittel verordnen; er hat diese Verordnungen dann allerdings gesondert zu begründen. Die Therapiefreiheit bleibt also in vollem Umfang erhalten.

Festbeträge

Die Bildung von Festbeträgen für die Stufen 2 und 3 wird erleichtert mit dem Ziel, 70 % bis 80 % des GKV-Marktes zu erreichen. Ausgenommen von der Festbetragsgruppenbildung sind weiterhin Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten.

Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel

Das geltende Recht sieht eine Zuzahlung von 3 DM, ab 1. Juli 1993 eine prozentuale Zuzahlung von 15 % (mindestens 1 DM und höchstens 10 DM je Mittel) vor. Die Zuzahlung wird umgestaltet. Sie wird künftig auf alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel ausgedehnt, auch auf die Arzneimittel mit Festbetrag. Diese Änderung vermeidet die von Versicherten vielfach nicht nachvollziehbare Regelung, daß bei Arzneimitteln, die typischerweise bei schweren Erkrankungen verordnet werden, häufig eine Zuzahlung geleistet werden muß, während bei Festbetragsarzneimitteln keine Zuzahlung erforderlich ist.

Für 1993 gilt eine nach Preisklassen gestufte Zuzahlung. Für Arzneimittel bis 30 DM sind 3 DM, von 30 bis 50 DM 5 DM und für Arzneimittel über 50 DM 7 DM zuzuzahlen. Diese Regelung wird ab 1994 durch eine mengensteuernde Zuzahlung abgelöst, die auf die Packungsgröße bezogen ist: Kleine Packung 3 DM, mittlere Packung 5 DM und bei einer großen Packung 7 DM Zuzahlung.

f) Heil- und Hilfsmittel

Die vorgesehenen Regelungen bei der Budgetierung, Überschreitung der Budgets und Richtgrößen gelten auch für den Heilmittelbereich.

Im Hilfsmittelbereich wird die Umsetzung des Festbetragskonzepts fortgesetzt. Die Krankenkassen können die Versicherten und die Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die zum Festbetrag anbieten, informieren.

g) Sonstige Maßnahmen

Die Krankenversichertenkarte soll zum 1. Januar 1995 bundesweit eingeführt werden.

Bis 1995 sollen die Voraussetzungen zur Information der Versicherten über in Anspruch genommene Leistungen und die damit verbundenen Kosten geschaffen werden.

Der Entwurf enthält darüber hinaus noch eine Reihe von Änderungen zum versicherten Personenkreis, Leistungs- und Beitragsrecht. Sie beruhen vielfach auf Anregungen des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages, machen das Krankenversicherungsrecht praktikabel oder haben klarstellenden bzw. redaktionellen Charakter.

3. Organisationsreform der GKV*Wahlfreiheit der Versicherten*

Die unterschiedlichen Kassenwahlrechte von Arbeitern und Angestellten in der GKV werden nach einer notwendigen Übergangsfrist grundsätzlich beseitigt. Soweit nicht spezifische Organisationsmerkmale der historisch gewachsenen Gliederung der GKV auch

zukünftig Berücksichtigung finden, werden die bestehenden Mitgliederkreisbeschränkungen der Krankenkassen mit Ablauf des 31. Dezember 1995 aufgehoben.

Danach steht den Mitgliedern der GKV unter Berücksichtigung einer einjährigen Kündigungsfrist die Wahl ihrer Krankenkasse weitgehend frei. Die Mitglieder sind an ihre Wahl für mindestens ein Jahr gebunden. Orts- und Ersatzkassen am Wohn- oder Beschäftigungsort haben ab 1. Januar 1997 jeden Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten, der dies wünscht, aufzunehmen (Kontrahierungszwang). Das gleiche gilt für Betriebs- und Innungskrankenkassen, sofern sie von den ihnen satzungsrechtlich eingeräumten Möglichkeiten der Öffnung für andere Mitglieder der GKV Gebrauch machen. Wird dieses Satzungsrecht nicht genutzt, bleiben die bestehenden gesetzlichen Zugangsbeschränkungen bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen erhalten. Diese Neuregelung der Kassenwahlrechte führt dazu, daß ab 1996 innerhalb der GKV zu den Krankenkassen, die derzeit bereits mehr als 80 % aller Mitglieder der GKV versichern, freies Wahlrecht bei Kontrahierungszwang der Kasse besteht.

Der ab 1. Januar 1997 mögliche Kassenwechsel kann damit erstmals zwei Jahre nach der vollständigen Einführung des Risikostrukturausgleichs zwischen allen Krankenkassen (siehe unten) ausgeübt werden. Dieser Übergangszeitraum ist unabdingbar, um größtmögliche Chancengleichheit zwischen allen Krankenkassen herzustellen. Erst nach Durchführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs sind gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen vorhanden.

Gleichwohl wird ein erster Schritt zu mehr Wahlfreiheit für Arbeiter bereits zum 1. Januar 1993 vollzogen. In Zukunft bleibt es den Arbeitnehmern eines Betriebes, für die eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse errichtet wird, freigestellt, ob sie in ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben möchten. Die Mindestmitgliederzahl bei Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen beträgt zukünftig 1000.

Risikostrukturausgleich

Die mitgliedschaftsrechtliche Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten in der GKV ist nur noch historisch erklärbar und vor dem Hintergrund teilweise sehr hoher Beitragssatzunterschiede — derzeit zwischen 8 % und 16,8 % — verfassungsrechtlich bedenklich. Die Einführung weitgehend freier und ungehinderter Kassenwahlrechte für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten ist von daher unabdingbar. Dazu müssen aber zunächst die Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen neu geordnet werden. Zudem ist die Ausweitung der Kassenwahlmöglichkeiten eine notwendige, allein aber noch nicht hinreichende Bedingung für einen im Interesse aller Versicherten funktionierenden, das Solidaritätsprinzip wahren Wettbewerbs in der GKV.

Deshalb wird ein einnahmeorientierter bundesweiter Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen und Kassenarten eingeführt, der die Faktoren beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige sowie alters- und geschlechtsbedingte Belastungsfaktoren der Versicherten umfaßt. Dieser kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich wird ab 1. Januar 1994 zunächst in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1. Januar 1995 unter Einschluß der Krankenversicherung der Rentner durchgeführt. Wegen der noch bestehenden Unterschiede in den wirtschaftlichen Verhältnissen in Deutschland erfolgt eine getrennte Durchführung für die alten und neuen Länder, wobei für Berlin die Besonderheit gilt, daß die Stadt (Ost- und Westteil) einheitlich mit in den Risikostrukturausgleich des alten Bundesgebietes einbezogen wird.

Zugleich werden gesetzlich bedingte Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten beseitigt. Zukünftig gelten für alle Kassenarten einheitlich die Regelungen des Kassenarztrechts. Die Sonderstellung der Ersatzkassen im Hinblick auf den Abschluß von Verträgen über die sog. vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten entfällt. Gleichzeitig müssen die Vereinbarungen insbesondere über die kassenärztliche Versorgung der Versicherten künftig von allen Kassenarten auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen getroffen werden. Damit wird die rechtliche Ungleichbehandlung zwischen den seit jeher regional tätigen Orts-, Betriebs- und Innungskassen auf der einen Seite und den zentral nur auf Bundesebene verhandelnden Ersatzkassen auf der anderen Seite beseitigt.

Auch die bestehenden Unterschiede in der Struktur der Selbstverwaltung bei den verschiedenen Kassenarten sind nur noch historisch begründbar. Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Krankenkassen müssen zukünftig auch den durch Wahlfreiheit und Wettbewerb gestiegenen Anforderungen an Entscheidungsfähigkeit, Kompetenz und Flexibilität gerecht werden. Deshalb wird die Selbstverwaltung der Krankenkassen ab 1. Januar 1996 neu geregelt. Vorstand und Vertreterversammlung der Krankenkassen werden zu einem Gremium — dem Verwaltungsrat — zusammengefaßt (eingleisiges Organsystem). Der Verwaltungsrat bestellt einen hauptamtlichen Vorstand, der auf Zeit gewählt wird. Der hauptamtliche Vorstand besteht je nach Kassengröße aus bis zu drei Personen (Dezernentensystem); eine Wiederwahl ist möglich. Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates, der mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen muß, wird der jeweiligen Kas- senart freigestellt.

Vereinigung von Krankenkassen

Die Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, daß die vorhandenen Möglichkeiten der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen nicht ausreichend genutzt werden konnten. Daher werden der rechtliche Rahmen für freiwillige Zusammenschlüsse von Krankenkassen erweitert und gleichzeitig die Möglichkei-

ten der Landesregierungen verbessert, durch Rechtsverordnung Orts- und Innungskrankenkassen zu größeren Einheiten zusammenzuschließen. Voraussetzung dafür ist, daß auf diese Weise mehr Wirtschaftlichkeit erreicht oder die Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Kassen gestärkt werden kann. Gleichzeitig werden auch für die Betriebskrankenkassen verstärkt Möglichkeiten eröffnet, sich freiwillig zu größeren Einheiten zusammenzuschließen und entsprechende Regelungen für die Ersatzkassen eingeführt.

III. Ausblick

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz werden die Fundamente für eine leistungsfähige, wirtschaftliche Gesundheitsversorgung gelegt. Sofortbremsung und Strukturänderungen sind so angelegt, daß die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen bei stabilen Beitragssätzen mittelfristig gesichert ist. Die Grundpfeiler unseres freiheitlichen Gesundheitssystems, Solidarität und Subsidiarität, bleiben auch in Zukunft erhalten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5 Abs. 1 Nr. 11)

Zukünftig ist nur noch der Rentner in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert, dessen Vorversicherungszeit — als Mitglied oder als Familienversicherter — auf einer Pflichtversicherung beruht. Die Regelung kann zu einer höheren Beitragsbelastung der betroffenen Personen führen. Allerdings werden überwiegend Personen belastet, die wegen ihrer Einkommenshöhe vor Rentenbeginn nicht zu den Pflichtversicherten gehörten. Nach Rentenbeginn werden die betroffenen Personen versicherungsrechtlich ebenso wie während ihrer Erwerbstätigkeit gestellt (vgl. Begründung zu § 240). Bei der Beitragsbemessung wird ihre finanzielle Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Diese Änderung ist verfassungskonform. Darauf, daß der Gesetzgeber das Krankenversicherungsverhältnis als Pflichtversicherung und nicht als — beitragsungünstigeres — freiwilliges Versicherungsverhältnis gestaltet, hat der Versicherte keinen eigentumsähnlichen Rechtsanspruch. Auch der das Rechtsstaatsprinzip konkretisierende Grundsatz des Vertrauensschutzes hindert den Gesetzgeber nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht, gesetzliche Regelungen zuungunsten des Bürgers zu ändern, sofern gewichtige Gründe des Allgemeinwohls dies rechtfertigen. Bei der hier zu treffenden Interessenabwägung hat der Gesetzgeber, so ausdrücklich das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 16. Juli 1985 (NJW 86, 42), der Belastbarkeit der Solidargemeinschaft aller Versicherten Rechnung zu tragen. Es ist deshalb auch unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes gerecht-

fertigt, zur Stabilisierung der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung die Vergünstigung freiwillig Versicherter, als Rentner Mitglied der Krankenversicherung für Rentner zu werden, zu streichen, zumal diese Versicherten weiter Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben können und als Rentner keine höheren Beiträge zu zahlen haben, als die Beitragsbemessungsgrenze zuläßt. Die Änderung gilt auch für nach Artikel 56 Abs. 1 oder 2 des Gesundheits-Reformgesetzes Versicherte (vgl. Artikel 23).

Zu Nummer 2 (§ 9)

Durch die Verlängerung der für den freiwilligen Beitritt notwendigen Vorversicherungszeiten wird der Kreis der Beitrittsberechtigten noch stärker als bisher auf Personen begrenzt, die vorher der gesetzlichen Krankenversicherung für einen längeren Zeitraum angehört haben. Dadurch werden das Solidaritätsprinzip gestärkt und die Versichertengemeinschaft vor unzumutbaren Belastungen geschützt.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Über die Zahl ihrer Familienversicherten liegen den Krankenkassen nur unzureichende Informationen vor, weil eine An- oder Abmeldung nicht ausdrücklich gesetzlich vorgeschrieben ist und deshalb häufig nur zufällig erfolgt. Die Vorschrift regelt deshalb die Meldepflicht des Mitglieds, soweit sie für die Durchführung der Familienversicherung nach § 10 und des Risikostrukturausgleichs nach §§ 266, 267 erforderlich ist. Die Meldung umfaßt alle Angaben, die für eine Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung durch die Krankenkasse erforderlich sind. Damit wird die Versichertendatei der Krankenkasse verlässlicher und überprüfbar. Dies ist vor allem für den Risikostrukturausgleich erforderlich, der die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Anteile von Familienversicherten an den Mitgliedern zwischen den Krankenkassen ausgleicht (vgl. auch Begründung zu § 15 Abs. 6).

Zu Nummer 4 (§ 12)

Es kommt immer wieder vor, daß Krankenkassen insbesondere wegen des Wettbewerbs mit anderen Krankenkassen und aus Kulanz Leistungen zusprechen, für die es keine Rechtsgrundlage gibt und die sogar die behandelnden Ärzte als nicht notwendig, im Vergleich zu gleichwirksamen Alternativen zu teuer oder aus sonstigen Gründen als unwirtschaftlich eingeschätzt haben. Eine derartige „Großzügigkeit“ der Krankenkassen ist nicht nur pflichtwidrig; sie desavouiert und konterkariert die Anstrengungen von Leistungserbringern, dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu genügen. Dem wirkt die Vorschrift entgegen. Sie stellt die Verantwortung des Geschäftsführers heraus, für dem geltenden Recht entsprechende Leistungsentscheidungen der Krankenkassen zu sorgen. Zugleich nimmt sie den Vorstand und die Aufsichtsbehörde in

die Pflicht, die haftungsrechtlichen Konsequenzen aus rechtswidrigen Leistungsentscheidungen zu ziehen. Das für die Geschäftsführer geltende Haftungsrecht wird so wirksamer zur Geltung kommen.

Zu Nummer 5 (§ 13)

Zu Buchstaben a und b

Das System der sozialen Krankenversicherung ist, wie das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung betont hat, vom Sachleistungsprinzip geprägt und getragen. An diesem grundsätzlichen Strukturelement der GKV wird auch weiterhin festgehalten.

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. August 1991 (1 RR 7/88), das einer Betriebskrankenkasse eine entsprechende Satzungsregelung zur Einführung der Kostenerstattung für freiwillige Mitglieder verbietet, hat für die Träger der GKV im Sinne des früheren § 225 Abs. 1 RVO, die sog. RVO- oder Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen), eindeutig klargestellt, daß die Einführung der Kostenerstattung auch für freiwillig Versicherte ausgeschlossen ist, da es an einer gesetzlichen Ermächtigung mangelt. Die Frage der Rechtmäßigkeit der durch die Ersatzkassen seit jeher praktizierten Kostenerstattung an freiwillige Mitglieder ist dabei indessen offengeblieben, da die Ersatzkassen nicht zum Kreis der früheren RVO-Kassen gehören.

Die Neuregelung klärt die Rechtslage bei der Kostenerstattung für alle freiwillig Versicherten. Sie führt zur Gleichbehandlung aller Krankenkassen und schafft Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb um freiwillige Mitglieder. Die Kostenerstattung kann für die Leistungen gewählt werden, die bisher nach dem Sachleistungsprinzip gewährt wurden. Die Erprobungsregelung des § 64 bleibt von dieser Regelung unberührt, da diese Erprobungsregelung auch andere Fallkonstellationen umfaßt.

Zu Buchstabe c

Für die Behandlung eines Versicherten kann ein Arzt oder Zahnarzt, der auf seine Zulassung nach § 95b Abs. 2 verzichtet hat, in jedem Fall nur eine Vergütung unter den Voraussetzungen und nach Maßgabe des § 95b Abs. 3 erhalten. Diese Vergütungsregelung gilt ohne Rücksicht auf den Anlaß für die Behandlung.

Zu Nummer 6 (§ 15)

Die Vorschrift regelt zum einen, daß die Ausgabe der Krankenversichertenkarte an die Versicherten grundsätzlich gebührenfrei ist, es sei denn, eine Neuausstellung der Karte wird durch ein schuldhaftes Verhalten des Versicherten notwendig. Zum anderen soll die Datenlage hinsichtlich der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen verbessert werden. Über die Zahl ihrer Familienversicherten liegen den Krankenkassen nur unzureichende Informationen vor, weil eine An- oder Abmeldung nicht ausdrücklich gesetz-

lich vorgeschrieben ist und deshalb häufig nur zufällig erfolgt. Die Daten sind vor allem für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach §§ 266, 267 erforderlich, der die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Anteile von Familienversicherten an den Mitgliedern zwischen den Krankenkassen ausgleicht (vgl. auch Begründung zu § 10).

Zu Nummer 7 (§ 18)

Die Vorschrift löst Probleme für Versicherte, denen in Nicht-Vertragsstaaten wegen einer Vorerkrankung oder wegen ihres Lebensalters für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt kein ausreichender privater Versicherungsschutz zur Verfügung gestellt werden kann. Damit wird auch einem vor allem von chronisch Kranken (z. B. Dialysepatienten, Bluter) häufig an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages herangetragenen Anliegen entsprochen. Die Leistungspflicht der Krankenkasse wird auf vorübergehende Auslandsaufenthalte, z. B. Urlaubs- und Besuchsreisen, beschränkt, um den Ausnahmecharakter der Regelung klarzustellen. Deshalb reicht ein Zeitraum von sechs Wochen aus. Die Regelung in Satz 3 stellt sicher, daß insbesondere Kuren im vertragslosen Ausland nicht übernommen werden.

Die Vorschriften des EG- und Abkommensrechts bleiben unberührt (§ 30 Abs. 2 SGB I).

Zu Nummer 8 (§ 20 Abs. 3 Satz 4)

Zu Buchstabe a

Eine Reihe von Krankenkassen übernimmt insbesondere die Kosten von Schutzimpfungen für private Auslandsreisen. Die Finanzierung solcher Krankheitsverhütungsmaßnahmen durch die Solidargemeinschaft ist nicht geboten. Entsprechende Kosten gehören zu den normalen Aufwendungen für solche Reisen. Es ist den Versicherten deshalb zuzumuten, sie aus eigener Tasche zu zahlen.

Zu Buchstabe b

Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch Zuschüsse zu unterstützen, um sie stärker in ihr Konzept der Erhaltung und Förderung der Gesundheit einzubeziehen. Eine Vollfinanzierung solcher Einrichtungen ist nicht vorgesehen.

Zu Nummer 9 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Da die Gruppenprophylaxe nach übereinstimmender internationaler Erfahrung die Grundlage für eine

breitenwirksame und kostengünstige zahnmedizinische Prävention zur Vermeidung bzw. Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten darstellt, wird sie in zwei entscheidenden Punkten ausgebaut:

Die Neufassung der Sätze 2 und 3 stellt klar, daß eine Inspektion der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus unbedingter Bestandteil der Gruppenprophylaxe ist. Unter dem Gesichtspunkt der Breitenwirksamkeit sowie aus Kapazitäts- und Kostengründen sollten Untersuchungen der Mundhöhle in Reihenuntersuchungen stattfinden, wie dies in vielen Ländern seit langem erfolgreich praktiziert wird. Bei diesen Reihenuntersuchungen, die sowohl in Kindergärten, Schulen, mobilen Untersuchungswagen oder in Zahnarztpraxen stattfinden können, stellt der Untersucher automatisch auch Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko fest. Für diese Kinder sind Intensiv-Betreuungsprogramme zu entwickeln und durchzuführen. So können für diese Kinder beispielsweise zusätzliche Fluoridierungsprogramme im Rahmen der Gruppenprophylaxe vorgesehen werden, bei denen mit Hilfe von Bißschablonen Fluorid verabreicht wird. Sofern im Rahmen der Gruppenprophylaxe keine Kapazitäten für diese Intensivprogramme vorhanden sind oder geschaffen werden können, hat der untersuchende Zahnarzt Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko einen speziell gekennzeichneten Schein für die Aufsuchung eines Zahnarztes auszuhändigen. Anhand dieses Scheines hat der niedergelassene Zahnarzt die Möglichkeit, diese Kinder einer Intensivbetreuung in der Praxis nach § 22 zuzuführen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung enthält eine Verordnungsermächtigung für die Landesregierung zur Regelung der Inhalte und der Finanzierung der Gruppenprophylaxe, sofern nicht bis zum 30. Juni 1993 eine Rahmenvereinbarung zustande gekommen ist. Dadurch soll sichergestellt werden, daß in allen Bundesländern konkrete Durchführungsbestimmungen zur Praktizierung der Gruppenprophylaxe bestehen. Um zu gewährleisten, daß die Krankenkassen nicht verpflichtet werden, Aufgaben zu finanzieren, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, müssen die Länder bei einer entsprechenden Rechtsverordnung die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen beachten.

Zu Nummer 10 (§ 22)

Zu Buchstabe a

Unabhängig davon, daß die Gruppenprophylaxe bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres die Basisprophylaxe bildet, wird die Möglichkeit eröffnet, individualprophylaktische Maßnahmen bereits vom sechsten Lebensjahr, d. h. vom Durchbruch der ersten bleibenden Zähne, an durchführen zu lassen. Diese Maßnahme soll vor allem dazu dienen, daß Kinder, bei denen im Rahmen der Gruppenprophylaxe ein hohes

oder besonders hohes Kariesrisiko festgestellt wurde und die nicht von entsprechenden Programmen in der Gruppenprophylaxe erfaßt werden, sich einer derartigen Intensivbetreuung in der Zahnarztpraxis unterziehen können, damit dauerhafte Schäden bereits im Ansatz vermieden werden. Die Erweiterung der Individualprophylaxe für diese Personengruppe zielt nicht darauf ab, die Gruppenprophylaxe zu ersetzen oder gar zu verdrängen. Sie soll sie vielmehr zielgerichtet auf die nicht gruppenprophylaktisch betreuten Kinder mit hohem oder besonders hohem Kariesrisiko ergänzen.

Zu Buchstabe b

Unabhängig von den individualprophylaktischen Maßnahmen nach Absatz 1 hat sich die Fissurenversiegelung der Molaren, die im Alter von sechs Jahren (6-Jahr-Molar) und im Alter von zwölf Jahren (12-Jahr-Molar) durchbrechen, als besonders effiziente Maßnahme zur Vermeidung von Karies bei den bleibenden Backenzähnen erwiesen. Da diese Zähne einerseits besonders kariesanfällig sind und andererseits ihre statische Bedeutung für eventuell später notwendige prothetische Versorgungen besonders hoch ist, ist es angezeigt, diese Zähne besonders zu schützen. Die Fissurenversiegelung stellt dazu eine wenig aufwendige und langfristig wirksame Konservierungsmethode dar und wird deshalb zusätzlich in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Zu Nummer 11 (§ 23)

Zu Buchstabe a

Zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung ist es notwendig, daß auch die Ausgaben für stationäre Vorsorgekuren nicht stärker steigen als die Beitragseinnahmen.

Allerdings haben die Krankenkassen diese Leistungen im Vergleich zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen teilweise unterschiedlich gestaltet. Deswegen werden die Ausgaben für beide Leistungsarten zusammengerechnet (vgl. Begründung zu § 40 Abs. 3). Die Krankenkasse kann dann entscheiden, ob sie einer der beiden Leistungsarten Vorrang einräumen will. Die Budgetierung ist auf drei Jahre beschränkt.

Zur Vermeidung eines überproportionalen Ausgabenanstiegs im Jahr 1992 wird für das Kalenderjahr 1993 von den um den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhten Ausgaben des Jahres 1991 ausgegangen, die somit auch die Basis für die Folgejahre bilden und sich nur entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen dürfen. Die Begrenzung der Ausgaben ist auf alle Krankenkassen

anzuwenden. Wegen der differenzierten Ausgabenentwicklung bei stationären Kuren in den neuen Ländern gilt für die Krankenkassen im Beitrittsgebiet eine Übergangsregelung in § 310 Abs. 4.

Zu Buchstabe b

Wenn die Krankenkasse eine stationäre Kur mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringt, ist eine Zuzahlung in gleicher Höhe wie bei Krankenhausbehandlung zu leisten.

Zu Nummer 12 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Vorsorgekuren für Mütter werden nicht in die nach § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 vorzunehmende Ausgabenbegrenzung für stationäre Vorsorgemaßnahmen einbezogen, da wegen der besonderen Ausgestaltung dieser Leistung mit einer übermäßigen und medizinisch nicht erklärbaren Ausweitung der Inanspruchnahme nicht gerechnet werden muß.

Zu Buchstabe b

Wenn die Krankenkasse die Kosten für eine Vorsorgekur für Mütter voll übernimmt, ist es sachgerecht, daß eine Zuzahlung wie bei stationären Vorsorgekuren zu leisten ist.

Zu Nummer 13 (§ 24a)

Mit der Bezugnahme auf die Regelungen zur Arzneimittelzuzahlung wird verdeutlicht, daß empfangnisverhütende Mittel nur dann von der Krankenkasse übernommen werden, wenn sie mit Arzneimitteln vergleichbar sind. Damit wird erneut der gesetzgeberische Wille klargestellt, daß Kondome nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Zu Nummer 14 (§ 27)

Leistungen der Krankenkassen bei der Versorgung mit Zahnersatz sind häufig sehr aufwendig. Es liegt im Interesse einer gleichmäßigen Belastung der Beitragszahler, wenn diese Leistungen von Personen, die sich erst seit kurzem oder in der Regel nur vorübergehend im Inland aufhalten, erst nach einer angemessenen Wartezeit in Anspruch genommen werden können. Dabei zählen nur Zeiten der Zugehörigkeit zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung. Die Entscheidung über Ausnahmefälle, die eng begrenzt sein müssen, trifft der Medizinische Dienst (vgl. § 275).

Zu Nummer 15 (§ 28)

Die Vorschrift bestimmt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bei der kieferorthopädischen Behandlung neu. Die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung von Versicherten, die bei Beginn der Behandlung (Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes) das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, werden zukünftig grundsätzlich nicht mehr von den Krankenkassen übernommen, da die Behandlung aus medizinischen Gründen vor Abschluß des Körperwachstums begonnen werden soll und kieferorthopädische Maßnahmen bei Erwachsenen überwiegend aus ästhetischen Gründen oder wegen mangelnder zahnmedizinischer Vorsorge in früheren Jahren erfolgen.

Nicht von dieser Regelung betroffen sind Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die sowohl kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen wie auch chirurgisch-operative Kieferkorrekturen erforderlich machen, um die bestehenden schwerwiegenden Kau- und Funktionsstörungen des stomatognathischen Systems zu beheben. Diese Versicherten können in aller Regel erst nach Abschluß des Körperwachstums, also erst nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres, abschließend behandelt werden.

Schwere Kieferanomalien liegen vor bei:

1. Angeborenen Mißbildungen des Gesichts und der Kiefer

Hierzu zählen z. B. das Crouzon-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom, Binder-Syndrom, Nager-Syndrom, die hemifaciale Mikrosomie, alle medialen, schrägen und queren Gesichtsspaltformen, alle Lippen-, Kiefer-, Gaumenspaltformen, alle Formen von craniomaxillofacialen Dysostosen, die durch angeborene Fehlbildungen oder Mißbildungen verursacht sind.

2. Skelettale Dysgnathien

Skelettale Kieferfehlstellungen treten auch unabhängig von angeborenen Mißbildungen auf. Schwere Formen dieser Dysgnathien erfordern chirurgische Korrekturmaßnahmen in Form von Kieferosteotomien gemeinsam mit kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen, fußend auf einem einheitlichen kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Therapiekonzept. Zu diesen skelettalen Dysgnathien zählen die Progenie, Mikrogenie, Laterognathie, alle Formen des skelettal offenen Bisses sowie des skelettal tiefen Bisses, ausgeprägte skelettal bedingte Diskrepanzen der Zahnbogenbreite oder Kieferbreite.

3. Verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen

Skelettale Fehlstellungen der Kiefer und des stomatognathen Systems, die durch Unfälle verursacht worden sind und die zur Behebung chirurgisch-operative Korrekturmaßnahmen gemeinsam mit kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen.

Zur Übergangsregelung vgl. Artikel 31 § 5.

Zu Nummer 16 (§ 29)

Die Vorschrift hält grundsätzlich an der Kostenerstattung fest, schreibt jedoch für den Kassenanteil den Zahlungsweg über die Kassenzahnärztliche Vereinigung einheitlich für das Bundesgebiet vor. Dies wird nötig, um eine problemlose Umsetzung des degressiven Punktwertes (§ 85 Abs. 4b bis 4f) zu gewährleisten.

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen das bisherige Recht, paßt es allerdings an den in Absatz 2 vorgesehenen Zahlungsmodus an. Im übrigen wird klargestellt, daß die sogenannten Begleitleistungen, d. h. die konservierend-chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Versorgung anfallen, nicht Bestandteil der kieferorthopädischen Versorgung sind, sondern als Sachleistung gewährt werden.

Zu Buchstabe b

Das Verhältnis Zahnarzt/Patient bleibt von der Neuregelung unberührt. Der Versicherte erhält weiterhin vom Zahnarzt eine Gesamtrechnung. Für den von der Krankenkasse zu zahlenden Anteil an der kieferorthopädischen Behandlung wird der Zahlungsfluß gesetzlich vorgeschrieben. Danach zahlt zukünftig die Krankenkasse ihren Kassenanteil mit befreiender Wirkung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Diese ist zur Annahme des Kassenanteils und zur Weiterleitung an den Zahnarzt verpflichtet. Damit wird sichergestellt, daß der Zahnarzt für den Kassenanteil keine Zahlungen vom Versicherten fordern darf. Für den Zahnarzt wird die Gewähr geschaffen, daß der Kassenanteil ihn auch zeitnah und in vollem Umfang erreicht.

Durch den Verweis auf § 85 Abs. 4b wird klargestellt, daß sich bei Vorliegen der Voraussetzungen für einen degressiven Punktwert die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse, also der Kassenanteil, entsprechend verringert.

Zu Buchstabe c

Die Regelung übernimmt das bisherige Recht.

Zu Buchstabe d

Die Regelung übernimmt das bisherige Recht.

Zu Nummer 17 (§ 30)

Die Vorschrift hält auch bei Zahnersatz an der Kostenerstattung fest, schreibt jedoch für den Kassenanteil den Zahlungsweg über die Kassenzahnärztliche Vereinigung vor. Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 29 verwiesen. Ferner begrenzt die

Vorschrift den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und Zahnkronen auf das medizinisch Notwendige.

Zu Buchstabe a

Die Regelung grenzt große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig. Die Gesamtzahl der zu ersetzenden Zähne darf in diesem Fall vier übersteigen. Auch Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen je Kiefer (z. B. Teleskopkronen, Stege, Geschiebe, Riegel) werden grundsätzlich aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

Die oben beschriebenen großen Brücken sind unverhältnismäßig aufwendig und teilweise zahnmedizinisch umstritten, insbesondere unter physiologischen und parodontalprophylaktischen Gesichtspunkten. Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen sind ebenfalls medizinisch unverhältnismäßig aufwendig, reparaturanfällig und deshalb unwirtschaftlich. Sie werden daher grundsätzlich ausgegrenzt. Für beide Versorgungsarten gibt es sinnvolle und medizinisch ausreichende, weniger reparaturanfällige und kostengünstigere Versorgungsalternativen. Nur in den Ausnahmefällen, in denen je Kiefer nur noch ein Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen vorhanden ist, kann auch eine Kombinationsversorgung mit drei Verbindungselementen von der Krankenkasse bezuschußt werden, da es in diesen Fällen keine gleichwertige und kostengünstigere Versorgung gibt. Die bestehenden Zahnersatzrichtlinien gelten grundsätzlich weiter, sie sind der neuen Gesetzeslage anzupassen.

Außerdem wird klargestellt, daß die sogenannten Begleitleistungen, d. h. die konservierend-chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen, die im Rahmen einer Versorgung mit Zahnersatz anfallen, nicht Bestandteil der Zahnersatz-Versorgung sind, sondern als Sachleistung gewährt werden.

Zu Buchstabe b

Absatz 2 übernimmt die Regelung des bisherigen Absatzes 5 in sprachlich angepaßter Form.

Zu Buchstabe c

Das Verhältnis Zahnarzt/Patient bleibt von der Neuregelung unberührt. Der Versicherte erhält weiterhin vom Zahnarzt eine Gesamtrechnung. Für den von der Krankenkasse zu zahlenden Anteil an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen wird der Zahlungsfluß über die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtend vorgeschrieben. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 29 Abs. 2 verwiesen.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift übernimmt das bisherige Recht.

Zu Buchstabe e

Satz 1 stellt sicher, daß gewerbliche zahntechnische Labore bei der Rechnungslegung die richtige Berechnungsgrundlage zugrunde legen können. Um dem Versicherten einen umfassenden Kostenüberblick über die in Rechnung gestellten zahntechnischen Leistungen zu gewähren, hat der Zahnarzt dem Versicherten eine Durchschrift der Originalrechnung des zahntechnischen Labors zu geben. Dies gilt in gleicher Weise auch für zahnärztliche Praxislabore.

Zur Übergangsregelung vgl. Artikel 31 § 6.

Zu Nummer 18 (§ 31)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß die Leistungspflicht der Krankenkassen nach Erlaß der Rechtsverordnung über die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittel nach § 34a durch die auf dieser Grundlage vom Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ zu erstellende Zusammenstellung der auf dem Markt befindlichen Präparate nach § 92a Abs. 8 konkretisiert wird. Die Regelung tritt am Tage der Veröffentlichung der Zusammenstellung nach § 92a Abs. 8 in Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

Zu Buchstabe b

Mit der Neuregelung wird die bisherige Unterscheidung zwischen zuzahlungsfreien Festbetragsmitteln und zuzahlungspflichtigen sonstigen Arznei- und Verbandmitteln aufgehoben und eine einheitliche Zuzahlungsregelung für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel eingeführt.

Die Höhe der Zuzahlung wird 1993 übergangsweise nach der Höhe des Apothekenabgabepreises gestaffelt. Für die Mehrzahl der Arznei- und Verbandmittel bleibt es bei der bisherigen Zuzahlung von drei Deutsche Mark, da der Apothekenabgabepreis überwiegend unter 30 DM liegt.

Die Staffelung nach vollen Deutsche-Mark-Beträgen erleichtert die Handhabung der Neuregelung in der Apothekenpraxis. Wegen der inzwischen praktisch gleich hohen Arzneimittelpreise gelten auch in den neuen Ländern die für das alte Bundesgebiet festgelegten Zuzahlungsbeträge. Die Regelung stellt ferner klar, daß bei Inanspruchnahme von Mitteln, die teurer sind als der hierfür festgesetzte Festbetrag, zwar der über die Festbeträge hinausgehende Teil des Apothekenabgabepreises vom Versicherten zu tragen, aber von diesem Teil nicht auch noch eine Zuzahlung zu leisten ist. Bei Mitteln, die billiger sind als der Festbe-

trag, richtet sich die Höhe der Zuzahlung nach diesem niedrigeren Abgabepreis.

Ab 1994 orientiert sich die Staffelung an der verordneten Packungsgröße. Durch die Anknüpfung an die Packungsgröße wird diese sozialpolitisch verträgliche Zuzahlungsform mit mengensteuernder Wirkung eingeführt. Die Regelung schafft einen Anreiz für Versicherte und Ärzte, unnötige Verschreibungsmengen zu vermeiden und der Verschwendung von Arzneimitteln („Arzneimittelmüll“) wirksam entgegenzutreten.

Zu Nummer 19 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Mit der Neuregelung sollen Unklarheiten beseitigt werden, die sich bei der Anwendung der bisherigen Gesetzesfassung ergeben und zu sozialgerichtlichen Verfahren geführt haben. Die Beschränkung der Regelung auf Massagen, Bäder und Krankengymnastik vermeidet unnötigen Verwaltungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Für die Abgabe von Heilmitteln im Rahmen der ärztlichen Behandlung gelten die Vertragspreise nach § 125 nicht unmittelbar. Es ist aber sachgerecht, diese Preise auch der Berechnung der Zuzahlung zugrunde zu legen, wenn sie als Teil der ärztlichen Behandlung erbracht werden, weil dies mit der Versorgung durch andere Leistungserbringer vergleichbar ist und Vorteile, die durch unterschiedlich hohe Zuzahlungen entstehen könnten, weitgehend vermieden werden. Die Mitteilungspflichten für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben zur Folge, daß die Ärzte jeweils die aktuellen Preise anwenden können. Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Vertragspartner in den Gesamtverträgen (§ 83) nähere Einzelheiten regeln, weil die Abgabe von Heilmitteln als Bestandteil der ärztlichen Behandlung zur kassenärztlichen Versorgung gehört.

Zu Nummer 20 (§ 34)

Zu Buchstaben a und c

Redaktionelle Anpassung bezüglich der Streichung der Absätze 1, 2, 3 und 5.

Zu Buchstabe b

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Zusammenstellung der Arzneimittel nach § 92a Abs. 8 treten die Bestimmungen über ausgeschlossene Arzneimittel nach § 34 außer Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

Zu Nummer 21 (§ 34 a)

Durch die nach § 34a zu erlassende Rechtsverordnung wird eine rechtlich tragfähige Grundlage für die vom Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ (§ 92a) zu erstellende Liste der Arzneimittel geschaffen, die in der kassenärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind. Der Ordnungsgeber überprüft die vom Institut vorgeschlagene Liste im Hinblick auf ihre Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben. Die Regelung stellt sicher, daß die Rechtsverordnung bis zum 31. Dezember 1995 in Kraft tritt.

Zu Nummer 22 (§ 35)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung soll die Gruppenbildung nach Satz 2 Nr. 3 (Festbeträge der Stufe 3) erleichtern. Maßgebend für die Gruppenbildung ist die Vergleichbarkeit der therapeutischen Wirkung.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Wartezeit von drei Jahren für die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel mit demselben Wirkstoff nach Ablauf des Patentschutzes entfällt am 1. Januar 1996 (vgl. Artikel 33 Abs. 4) mit dem Wirksamwerden der Verlängerung des Patentschutzes für Arzneimittel um bis zu fünf Jahre durch die Verordnung des Rates der Europäischen Gemeinschaften über die Schaffung eines ergänzenden Schutzzertifikats für Arzneimittel.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung können künftig auch dann Festbeträge bestimmt werden, wenn jeweils nur für eine kleine Zahl von Präparaten eine Festbetragsgruppe gebildet werden kann. Eine Gruppe muß mindestens zwei Präparate enthalten.

Zu Nummer 23 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Die Krankenhäuser sind nunmehr nach § 115a zur vor- und nachstationären Behandlung und nach § 115b zum ambulanten Operieren berechtigt (siehe zu Nummer 63). Die Änderungen in den Sätzen 1 und 2 tragen vor allem diesem neuen Leistungsspektrum der Krankenhäuser Rechnung.

Die Regelung in Satz 2 verdeutlicht ferner die Prüfungspflicht des Krankenhauses im Hinblick auf den Vorrang der teilstationären, vor- und nachstationären oder ambulanten Behandlung vor der vollstationären Behandlung. Einzelheiten der Prüfung sollen in den zweiseitigen Verträgen nach § 112 geregelt werden. Im Hinblick auf den Vorrang der teilstationären vor der vollstationären Behandlung muß das Kranken-

haus einen Katalog nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (siehe zu Nummer 60) über Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, berücksichtigen. Die teilstationäre Behandlung erfordert — im Unterschied zu den ambulanten Behandlungsformen — die Aufnahme in das Krankenhaus, d. h. die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses.

Der Vorrang der ambulanten Behandlung gemäß Satz 2 bezieht sich sowohl auf das ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b als auch auf die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrags.

Zu Buchstabe b

Der jetzt geltende Betrag von zehn Deutsche Mark wird für 1993 auf elf Deutsche Mark und ab 1994 auf zwölf Deutsche Mark kalendertäglich erhöht. Für die neuen Bundesländer gilt eine Übergangsregelung (vgl. hierzu § 310 Abs. 1). Die Beschränkung auf 14 Tage pro Kalenderjahr bleibt bestehen. Bei teilstationärer und ambulanter Behandlung im Krankenhaus und damit auch bei vor- und nachstationärer Behandlung ist keine Zuzahlung zu leisten.

Zu Nummer 24 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Weil die Leistungsausgaben für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit denen für stationäre Vorsorgekuren zusammengerechnet werden, müssen die Regelungen für stationäre Vorsorgekuren auch hier gelten (vgl. Begründung zu § 23 Abs. 5).

Zu Buchstabe b

Wenn die Krankenkasse eine stationäre Kur mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringt, ist eine Zuzahlung in gleicher Höhe wie bei Krankenhausbehandlung zu leisten.

Zu Nummer 25 (§ 41)

Zu Buchstabe a

Müttergenesungskuren werden nicht in die nach § 40 Abs. 3 Satz 3 vorzunehmende Ausgabenbegrenzung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen, da wegen der besonderen Ausgestaltung dieser Leistung mit einer übermäßigen und medizinisch nicht erklärbaren Ausweitung der Inanspruchnahme nicht gerechnet werden muß.

Zu Buchstabe b

Wenn die Krankenkasse die Kosten für eine Müttergenesungskur voll übernimmt, ist es sachgerecht, daß eine Zuzahlung wie bei stationären Rehabilitationskuren zu leisten ist.

Zu Nummer 26 (§ 43b)

Die Vorschrift klärt mögliche Zweifelsfälle bei Geldleistungen der Versicherten. Es wird klargestellt, daß die Zahlungen durch den Leistungserbringer — dazu zählt auch das Krankenhaus — einzuziehen und vom Vergütungsanspruch abzuziehen sind. Zur Vermeidung eines aufwendigen Inkassoverfahrens bei den Leistungserbringern geht die Einziehungspflicht auf die Krankenkasse über, wenn der Versicherte trotz Zahlungsaufforderung nachweislich nicht gezahlt hat. Diese Aufforderung muß schriftlich erfolgen und darf nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung (z. B. in Verbindung mit der Rechnung) vorgenommen werden.

Zu Nummer 27 (§ 54)

Nach der Zielsetzung des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) sollen Vertriebene als gleichberechtigter Personenkreis Leistungen wie Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Hinsichtlich der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit scheidet diese Vorgabe daran, daß nach derzeitiger Rechtslage frühere Mitgliedszeiten von Aus- und Umsiedlern in einem staatlichen Gesundheitssystem ihres Herkunftslandes nicht als Vorversicherungszeiten im Sinne von § 54 SGB V angesehen werden, weil es insoweit an einer nach § 90 Abs. 1 BVFG erforderlichen bundesgesetzlichen Regelung fehlt. Mit der Rechtsänderung wird nunmehr die Berücksichtigung dieser Zeiten zwingend vorgeschrieben und damit den berechtigten Anliegen von schwerpflegebedürftigen Aus- und Umsiedlern angemessen Rechnung getragen.

Zu Nummer 28 (§ 60)

Zu Buchstabe a

Die für Fahrten ins Krankenhaus bestehende Fahrkostenregelung wird auf Fälle ausgedehnt, in denen statt einer an sich erforderlichen stationären Behandlung eine ambulante Behandlung gewählt wird. Dadurch werden Anreize geschaffen, Krankenhausbehandlung entweder kürzer in Anspruch zu nehmen oder sich statt dessen (auch im Krankenhaus) ambulant behandeln zu lassen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung, nach der für jeden gefahrenen Kilometer 0,31 DM anerkannt werden, entsprach bei ihrer Einführung durch das Gesundheits-Reformgesetz

zum 1. Januar 1989 dem seinerzeit geltenden Höchstsatz für die Wegstreckenentschädigung gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Bundesreisekostengesetz (BRKG). Dieser Höchstsatz wurde durch die Verordnung zur Änderung reisekostenrechtlicher Vorschriften des Bundesministers des Innern vom 29. November 1991 (BGBl. S. 2154) mit Wirkung vom 1. Oktober 1991 im Hinblick auf die geänderten wirtschaftlichen Verhältnisse auf 0,38 DM erhöht. Künftige Anpassungen sollen nunmehr auch für die Kilometerpauschale der gesetzlichen Krankenversicherung gelten.

Zu Nummer 29 (§ 71)

Die vorgeschriebene Überprüfung der Vereinbarungen über die Vergütungen durch die zuständige Aufsichtsbehörde dient dazu, die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Vergütungsverträgen abzusichern. Verletzen die vorgelegten Verträge geltendes Recht, können sie von der Aufsichtsbehörde beanstandet werden.

Zu Nummern 30 und 31 (§ 72)

Zur Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen und zur Angleichung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung werden die bisher unterschiedlich geregelten Formen der Teilnahme an der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung vereinheitlicht und durchgehend als vertragsärztliche Versorgung bezeichnet. Die bisherigen Beteiligungsregelungen für die ärztliche Versorgung der Versicherten von Ersatzkassen entfallen. Es erfolgt damit insbesondere eine einheitliche Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (§ 95).

Zu Nummer 32 (§ 72 a)

Verzichten zugelassene Vertragsärzte in größerer Anzahl auf ihre Zulassung und wird dadurch die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten gefährdet, müssen die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Maßnahmen zur ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten zu ergreifen. Für diese Fälle wird daher klargestellt, daß der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht. In Ausführung dieses auf sie übergegangenen Sicherstellungsauftrags können dann die Krankenkassen Verträge mit fachlich qualifizierten Personen oder geeigneten Einrichtungen abschließen. Des weiteren wird ihnen ermöglicht, neue Eigeneinrichtungen auf Dauer zu errichten.

Absatz 2 der Vorschrift beseitigt das Zulassungssystem in der betroffenen Region nicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken weiterhin an der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags mit. Nur wenn und solange die vertragsärztliche Versorgung in einem Gebiet nicht sichergestellt ist, erfüllen „insoweit“ (vgl. Absatz 1) die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag. Wenn wieder Vertragsärzte in zur Sicherstellung ausreichender Zahl bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen wer-

den, obliegt der Sicherstellungsauftrag insoweit wieder der Kassenärztlichen Vereinigung.

Geben Vertragsärzte im Rahmen einer kollektiven Aktion in einem Zulassungsbezirk oder einem oder mehreren örtlichen Planungsbereichen ihre Zulassung zurück, kann es zu Engpässen bei der Versorgung der Versicherten kommen. Einer derartigen Unterversorgung muß alsbald abgeholfen werden. Möglicherweise reicht hierzu das gegenwärtig zur Verfügung stehende Planungsinstrumentarium nicht aus. Um gleichwohl den Strom von im Bundesgebiet in genügender Anzahl vorhandenen Ärzten in das unterversorgte Gebiet lenken zu können, bedarf es bestimmter Anreize. Der Gesetzentwurf sieht insofern vor, daß die Krankenkassen einen weiten Gestaltungsspielraum haben, wenn sie die Verträge nach § 72 a Abs. 3 aushandeln. Insbesondere wird ermöglicht, den Ärzten eine höhere Vergütung einzuräumen, die sich sofort zu einer ärztlichen Versorgung in den in Frage kommenden Gebieten bereit erklären. Sobald die Versorgung der Versicherten wieder ausreichend gewährleistet erscheint und ein zusätzlicher Anreiz durch höhere Vergütungen entbehrlich wird, sollten dann wieder die Vergütungen dem nachlassenden Bedarf bei neuen Vertragsabschlüssen angepaßt werden.

Zu Nummer 33 (§ 73)

Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, die kassenärztliche Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu gliedern, wird konkretisiert, um die notwendigen Grundlagen für die Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit sowie für die kassenärztliche Bedarfsplanung zu schaffen.

Zu Buchstabe a

Die Aufgabenbereiche, die die hausärztliche Versorgung in Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung wesentlich bestimmen, werden benannt.

Zu Buchstabe b

Es werden die Arztgruppen aufgeführt, die von ihrer Ausbildung her eindeutig zu den Hausärzten oder zu den Fachärzten zu zählen sind, sowie die Arztgruppen, deren Ausbildung sie für die Teilnahme in beiden Versorgungsbereichen qualifiziert, die sich aber für einen der beiden Bereiche entscheiden müssen. Der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Kassenärzte wird die Aufgabe zugewiesen, das Nähere zur Gliederung der Versorgungsbereiche und zur Abstimmung zwischen ihnen zu regeln. Für alle Kassenarten gelten die gleichen Regelungen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die aufgrund einer Spezialisierung im wesentlichen mit speziellen Aufgaben (z. B. Psychotherapie, Phlebologie) befaßt sind,

deren Spezialisierung sich jedoch nicht aus einer Gebietsbezeichnung ergibt, auf Antrag die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zu genehmigen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu § 28 Abs. 2. Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört die zahnärztliche Behandlung nur im hier beschriebenen Umfang.

Zu Buchstabe d

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 92 a Abs. 8 treten die Bestimmungen über die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen außer Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

Zu Nummer 34 (§ 75 Abs. 8)

Durch die Vorschrift soll es den eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin anstrebenden Ärzten erleichtert werden, einen Platz in einer Kassenpraxis zu finden.

Zu Nummer 35 (§ 76)

Zu Buchstabe a

Da den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit eingeräumt wird, bei Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung eigene Verträge mit nicht zugelassenen Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen abzuschließen, ist die gesetzliche Regelung über die freie Arztwahl um diese Einrichtungen zu ergänzen. Außerdem wird den Versicherten auch die freie Wahl unter den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern eröffnet.

Zu Buchstabe b

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sind den Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes verpflichtet. Nachdem nunmehr der Kreis der Behandler ausgeweitet wird (vgl. Buchstabe a) müssen diese Behandler ebenfalls gleichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten unterworfen werden.

Zu Buchstabe c

Die in § 76 Abs. 1 getroffenen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung müssen auch in die knappschaftliche Versorgung übernommen werden.

Zu Nummer 36 (§ 78)

Es handelt sich um eine Anpassung der Vorschrift an die geänderte Zuständigkeit innerhalb der Bundesregierung.

Zu Nummer 37 (§ 79a)

Die Handlungsunfähigkeit oder Handlungsunwilligkeit der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen darf die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, nicht gefährden. Gibt es Anzeichen, daß die verantwortlichen Selbstverwaltungsorgane von Kassenärztlichen Vereinigungen oder einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Mitwirkung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verweigern oder die Erfüllung des ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrags zu hintertreiben suchen, muß die Funktionsfähigkeit der Körperschaft durch beauftragte Organe gewahrt werden. Dies gilt erst recht dann, wenn Selbstverwaltungsorgane aktiv werden, die Grundlagen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und für eine dem Gesetz und der Satzung entsprechende Aufgabenerledigung zu zerstören. Hierzu können beispielsweise folgende Fälle zählen: Selbstverwaltungsorgane beteiligen sich an Unternehmungen, die sich den massenhaften Ausstieg von zugelassenen Vertragsärzten aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ziel gesetzt haben. Dies schließt die Fälle ein, in denen einem solchen Ausstieg das Wort geredet wird, in denen Hinweise und Anleitungen für die Rückgabe der Zulassung und die anschließende privatärztliche Abrechnung gegeben werden, oder wenn Vertragsärzte wiederholt zu Pflichtverletzungen durch offensichtliche Fehlinformationen verleitet und möglicherweise zu für sich selbst existenzgefährdenden Entscheidungen angestiftet werden. Die Funktionsfähigkeit der Körperschaft wird auch dann untergraben, wenn die Beschlußgremien die Höhe der Mitgliedschaftsbeiträge in einem Ausmaß reduzieren, das die Absicht evident erscheinen läßt, die Arbeit der Körperschaft „auslaufen“ zu lassen.

Eine etwaige Gefährdung der Funktionsfähigkeit der Körperschaft muß unverzüglich abgewendet werden können. Andernfalls besteht die Gefahr, daß die Entscheidung der Selbstverwaltungsorgane die Grundlagen für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nachhaltig in Frage stellt und etwaige irreparable Folgen eintreten. Aus diesem Grunde dürfen Rechtsbehelfe gegen die auftragsweise Wahrnehmung der Aufgaben der Körperschaft keine aufschiebende Wirkung haben.

Zu Nummer 38 (§ 82)

Zu Buchstabe a

Die Übertragung der Abschlußkompetenz für Vergütungsverträge von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfordert es, daß der allgemeine Inhalt von Gesamtverträgen weiterhin von allen Kassenarten auf der Bundesebene festgelegt wird. Nachdem die Verbände der Ersatzkassen nicht zu den Bundesverbänden nach § 212 gehören, ist die Abschlußkompetenz

auf seiten der Krankenkassen auf die Spitzenverbände nach § 213 auszuweiten.

Zu Buchstaben b und c

Das Nebeneinander von bundesweiten und regionalen Vergütungsverhandlungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen hat sich vor dem Hintergrund einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung als kostentreibend erwiesen. Die Schaffung einer einheitlichen Verhandlungsebene und die gesetzliche Möglichkeit, daß alle Kassenarten gemeinsam mit Ärzten und Zahnärzten verhandeln, stärkt die Verhandlungsposition der Krankenkassen. Damit soll der Anreiz für einen kostentreibenden Leistungswettbewerb zwischen den Krankenkassen entfallen.

Der Preis für eine Leistung ist das zentrale Anreiz- und Steuerungsinstrument in einem freiheitlichen Gesundheitssystem. Bei bundesweit einheitlichen Vergütungsverhandlungen könnte dieses Instrument nicht für eine Feinsteuerung auf der regionalen Ebene eingesetzt werden. Durch die Bündelung der Abschlußkompetenz auf der regionalen Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung, bei Beibehaltung der bundesweiten Rahmenvorgaben für Empfehlungen zur Veränderung der Gesamtvergütungen in § 86, haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr die Möglichkeit, die Vergütung verstärkt als zentrales Steuerungselement in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung — auch kassenartenübergreifend — einzusetzen.

Zu Buchstabe d

Folgeänderung zu Absatz 2.

Zu Nummer 39 (§ 83)

Zu Buchstabe a

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben in wesentlichen Teilen die Versorgung sicherzustellen. Deshalb ist es notwendig, daß auf dieser Ebene neben der Vergütung auch andere Regelungen zur kassen- und vertragsärztlichen Versorgung getroffen werden können. Der Gesetzgeber regelt nunmehr die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, Landesverbänden der Krankenkassen, Verbänden der Ersatzkassen und Bundesverbänden der Krankenversicherung für alle Kassenarten einheitlich und abschließend. Deshalb sind Möglichkeiten zur Übertragung von Kompetenzen zwischen den Ebenen obsolet.

Die Verpflichtung, dem Verhandlungsführer Abschlußkompetenz zu erteilen (§ 212 SGB V), macht es unmöglich, die beteiligten Krankenkassen vor Abschluß eines Vertrages zu hören. Im übrigen hat sich die seit Jahren bestehende Regelung in der Praxis nicht bewährt, da die Anhörung erst nach Abschluß der Verhandlungen erfolgen konnte. Einwendungen

wurden nur selten erhoben und konnten im Regelfall auch nicht berücksichtigt werden. Eine erneute Aufschürung des Verhandlungspaketes wäre von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Regelfall nicht akzeptiert worden. Der Verwaltungsaufwand war jedoch sehr hoch, da die Verträge in allen Vorständen aller Krankenkassen, mit Ausnahme der Ersatzkassen, behandelt werden mußten. In der vertragsärztlichen Versorgung fehlten entsprechende Regelungen. Im Hinblick auf die notwendige Anpassung der Regelungen über die vertragsärztliche und kassenärztliche Versorgung kann die Bestimmung entfallen. Die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen bleiben im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen in der Satzung unverändert bestehen. Damit wird in ausreichendem Umfang verhindert, daß Verträge gegen die Interessen der Krankenkassen abgeschlossen werden.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 83 Abs. 1.

Zu Nummer 40 (§ 84)

Mit den von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte zu vereinbarenden Arznei- und Heilmittelbudgets wird ein weiteres Element einer globalen Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Zugleich wird für die Ärzteschaft, die durch ihre Verordnungen die Entwicklung der Arznei- und Heilmittelausgaben wesentlich bestimmt, ein Anreiz zu einer wirtschaftlichen, an der medizinischen Notwendigkeit ausgerichteten Verordnungsweise geschaffen. Die Selbststeuerungskräfte im System der gesetzlichen Krankenversicherung werden damit nachhaltig gestärkt; die Voraussetzungen für eine langfristige Gewährleistung von Beitragssatzstabilität werden wesentlich verbessert. Flankierend zu der globalen Ausgabenbegrenzung durch das Budget werden die Vorgaben für die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel konkretisiert. Die Funktion der Richtgrößen als differenzierte Auffälligkeitskriterien für die Durchführung von gezielten Beratungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird verdeutlicht. Die Richtgrößen erhalten als flankierende Steuerungsinstrumente zum Konzept der Budgetsteuerung eine zusätzliche — präventive — Bedeutung: Sie können wesentlich dazu beitragen, eine Überschreitung des vereinbarten Budgets und die Anwendung der für diesen Fall vorgesehenen Ausgleichsregelungen zu vermeiden.

Zu Absatz 1

Vertragspartei für die Vereinbarung des Budgets sind auf seiten der Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam. Dadurch wird gewährleistet, daß nicht mehrere nebeneinander bestehende Budgetvorgaben für die Ärzte entstehen. Vertragspartei auf seiten der Ärzte ist die Kassenärztliche Vereinigung;

das Budget wird als eine Obergrenze für die von den Ärzten veranlaßten Gesamtausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel vereinbart.

In Satz 3 werden die für die Anpassung des Budgets zugrunde zu legenden Kriterien abschließend definiert:

Zu Nummer 1

Durch die Berücksichtigung von Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten wird einem durch demographische Faktoren veränderten Behandlungsbedarf Rechnung getragen.

Zu Nummer 2

Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel entstehen außerhalb des Einflußbereichs der verordnenden Ärzte und müssen deshalb bei der Festsetzung des Budgets gesondert berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3

Die Höhe der Arzneimittelausgaben kann in erheblichem Umfang durch Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen beeinflußt werden, z. B. durch veränderte Regelungen für die Zuzahlung der Versicherten, durch die fortschreitende Festsetzung von Festbeträgen u. a. Das Budget muß hinsichtlich der damit verbundenen Ausgabeneffekte bereinigt werden.

Zu Nummer 4

Bei der Anpassung des Budgets ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12) dadurch Rechnung zu tragen, daß das jeweilige Niveau der Arznei- und Heilmittelausgaben daraufhin überprüft wird, ob noch nicht ausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen; zugleich sind die Auswirkungen neuartiger Arzneimittel auf die Ausgaben der Krankenversicherung zu berücksichtigen.

Sätze 4 und 5 regeln den Fall der Überschreitung des vereinbarten Budgets. Maßgeblich für die Bestimmung der Höhe der Arzneimittelausgaben sind die Rechnungsergebnisse der beteiligten Krankenkassen. Der Betrag, um den das Budget überschritten wird, ist anteilig mit den von den beteiligten Krankenkassen zu entrichtenden Gesamtvergütungen zu verrechnen. Bei der Aufteilung des Differenzbetrages auf die beteiligten Krankenkassen ist die Zahl der einzelnen Krankenkasse zuzurechnenden Behandlungsfälle in der allgemeinen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner zugrunde zu legen.

Satz 6 stellt klar, daß bei der Feststellung, ob das Budget überschritten wurde, auch solche Ausgaben

einzu beziehen sind, die im Wege der Kostenerstattung entstanden sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Verfahren der Erfassung und Übermittlung der Daten über die im jeweiligen Geltungsbereich der Budgets veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird klargestellt, daß die zu diesem Zweck von den Krankenkassen zu erfassenden Daten nicht versicherten-, sondern arztbezogen erfaßt werden und den in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vorschriften für die Löschung personenbezogener Daten unterliegen.

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt klar, daß die Richtgrößen von denselben Vertragsparteien zu vereinbaren sind wie das Budget nach Absatz 1, d. h. von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und der Kassenärztlichen Vereinigung. Damit wird ausgeschlossen, daß den Ärzten mehrere nebeneinander bestehende Richtgrößen der verschiedenen Kassenarten vorgegeben werden.

In den Sätzen 2 und 3 wird deutlich gemacht, daß die Richtgrößen insbesondere als Auffälligkeitskriterien hinsichtlich eines das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigenden Verordnungsvolumens ausgestaltet werden sollen. Durch die Indikationsbezogenheit der Richtgrößen soll ein nach Anwendungsgebieten differenzierter Einsatz dieses Instrumentariums ermöglicht werden. Dabei ist sicherzustellen, daß die Mittel der besonderen Therapierichtungen nicht benachteiligt werden.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden die Bedingungen festgelegt, unter denen die Budgetregelung durch eine hinsichtlich ihres Steuerungseffekts vergleichbare Vereinbarung der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen über Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen ausgesetzt werden kann.

Zu Absatz 5

Es wird klargestellt, daß das jeweils geltende Budget bzw. die geltenden Richtgrößen bis zum Inkrafttreten entsprechender Regelungen für das Folgejahr weiter gelten.

Zu Absatz 6

Durch die Regelung wird der Bundesminister für Gesundheit ermächtigt, geltende Budgetvereinbarungen zu korrigieren, um einer durch außergewöhnliche Ereignisse bedingten Steigerung des Bedarfs an

Arznei-, Verband- und Heilmitteln Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 41 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß Vergütungsvereinbarungen, die für bestimmte Gruppen von Versicherten, z. B. für Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner, unterschiedliche Vergütungen der Ärzte vorsehen, unzulässig sind.

Zu Buchstabe b

Die Regelung, der zufolge die Inrechnungstellung pauschaler Material- und Laborkosten unzulässig ist, entfällt.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 2 a

Durch die Vorschrift wird gesetzlich die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ausgeschlossen. Die Vorschrift ist erforderlich, um eine wirtschaftliche Erbringung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Die vom Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 14. Mai 1992 betonte Verpflichtung des Gesetzgebers, Möglichkeiten einer Mitbenutzung eines anderen medizinisch-technischen Großgerätes vorzusehen, wird in § 122 SGB V verwirklicht. Außerdem wird bestimmt, daß Leistungen, die mit vor dem 1. Januar 1993 erworbenen und in Betrieb genommenen nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ab 1. Januar 1993 nur dann vergütet werden, wenn hierfür nachträglich eine Zulassung nach § 122 erteilt worden ist. Ob eine solche nachträgliche Zulassung erteilt werden kann, hat der Geräteauschuß bzw. die zuständige Landesbehörde auf Antrag zu entscheiden.

Zu Absatz 2 b

Die Absenkung der Punktwerte für zahnärztliche Honorare bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung stellt einen notwendigen Beitrag der Zahnärzte zur Erhaltung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Mit dieser Regelung wird gleichzeitig eine gleichgewichtigere Bewertungsrelation zwischen zahnerhaltenden und prothetischen sowie kieferorthopädischen Leistungen hergestellt. Zwar hat die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen 1986 eine Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes vorgenommen. Diese Umstrukturierung

hat jedoch nur einen Teil der Ungleichgewichte beseitigt. Auch nach der Umstrukturierung sind — gemessen an einer gleichgewichtigen Bewertung — prothetische Leistungen um 24,5 % und kieferorthopädische Leistungen um 28 % zu hoch bewertet (vgl. Institut für Funktionsanalyse, Hamburg: Sonderuntersuchung zu den Bewertungsrelationen der zahnärztlichen Gebührenordnung nach der BEMA-Umstrukturierung 1986, vom 13. September 1989).

Anstelle der linearen Absenkung der Punktwerte kann der Bewertungsausschuß auch differenzierte Veränderungen der Punktzahlen vornehmen. Er kann auch Leistungen im Bewertungsmaßstab streichen, die keinen originären zahnärztlichen Zeitaufwand verursachen (z. B. Metallbasis bei totalen Prothesen). Im Ergebnis muß eine Absenkung um 10 % des Ausgabenvolumens im Jahr 1992 für Zahnersatz und Kieferorthopädie erzielt werden.

Die Regelung stellt außerdem sicher, daß die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet an das im übrigen Bundesgebiet durch die Absenkung der Punktwerte nicht behindert wird. Dies bedeutet, daß die Absenkung im Falle einer Vergütungsangleichung von der veränderten Basis erfolgt.

Mögliche Vergütungsanpassungen im Jahr 1994 haben von dem am Jahresende 1993 geltenden abgesenkten Punktwert auszugehen.

Zu Buchstabe d

Durch die Ergänzungen in Absatz 3 wird klargestellt, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 i.V.m. § 141 Abs. 2) auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen zu beziehen ist.

Zu Buchstabe e

Zu Absatz 3 a

Für die Jahre 1993 bis 1995 darf die Zuwachsrate der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; d. h. die nach den geltenden gesetzlichen Regelungen unter bestimmten Bedingungen, z. B. bei überproportional stark steigenden Praxiskosten oder bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 141 Abs. 2 Satz 3, mögliche Vereinbarung von Vergütungszuwächsen, die den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder übersteigen, wird ausgeschlossen. Damit wird gewährleistet, daß von der Entwicklung der Ausgaben für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung (ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie) keine beitragssteigernden Effekte ausgehen. Die neu ins Gesetz aufgenommenen Honorarzuschläge nach § 135 Abs. 4 sowie Mehrausgaben durch die gesetzliche Leistungsausweitung des § 22 erhöhen die Gesamtvergütung. Es ist außerdem das erklärte Ziel, ambulante Operationen zu fördern, die geeignet sind, eine stationäre Aufnahme von Patienten zu vermeiden. Aus diesem

Grund wird der Teil der Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen, der auf bestimmte, im einheitlichen Bewertungsmaßstab definierte Leistungen des ambulanten Operierens entfällt, in den Jahren 1993 bis 1995 um den zu erwartenden Anstieg der Grundlohnsomme zuzüglich einer Steigerung um 10 % erhöht.

Zu Absatz 3b

Die Regelung trägt den besonderen Bedingungen in den neuen Ländern Rechnung; sie aktualisiert die zeitliche Bezugsbasis für die Veränderung der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte. Statt der Bezugsbasis des Jahres 1991 wird in den neuen Bundesländern als Bezugsbasis das verdoppelte Vergütungsvolumen des 1. Halbjahres 1992 zugrunde gelegt. Allerdings wird diese Bezugsbasis bei den Zahnärzten um die Ausweitung der halben Leistungsmenge gegenüber 1991 bereinigt. Dies ist sachlich geboten, da im Gegensatz zum Bereich der ärztlichen Versorgung der Niederlassungsprozeß bei Zahnärzten 1991 bereits weitgehend abgeschlossen war; er führte zu einer Zahnarztdichte, die höher als in den alten Bundesländern liegt. Die Leistungsmenge je Versichertem im Beitrittsgebiet lag ebenfalls schon 1991 über dem Niveau der alten Bundesländer. Diese Entwicklung setzte sich im 1. Halbjahr 1992 in verstärktem Maße fort. Insoweit muß — im Vergleich zur ambulanten ärztlichen Versorgung — ein um die Hälfte des Mengenzuwachses im 1. Halbjahr 1992 gegenüber dem halbierten Jahr 1991 bereinigtes Ausgangsniveau für den zahnärztlichen Bereich zugrunde gelegt werden. Die ärztliche Vergütung wird in den Jahren 1992, 1993 und 1994 zusätzlich zum Anstieg entsprechend dem Grundlohnsommenzuwachs um weitere 4 % im Jahr 1992 sowie 3 % in den Jahren 1993 und 1994 erhöht, wodurch ein ausreichend großer Spielraum für den noch nicht abgeschlossenen Prozeß der Niederlassung von Vertragsärzten in den neuen Bundesländern eingeräumt wird.

Zu Absatz 3c

Es wird sichergestellt, daß ein nachträglicher Ausgleich im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen vorgenommen wird, wenn der bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegte Schätzwert der Grundlohnentwicklung nicht mit dem tatsächlichen Wert übereinstimmt.

Zu Buchstabe f

Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 87 Abs. 2a, wonach eine Verteilung der Gesamtvergütung nach der Zahl der Behandlungsfälle in bestimmten Fällen zulässig ist.

Zu Buchstabe g

Zu Absatz 4a

Die Regelung stellt sicher, daß im Laborbereich durch Neubewertung und Umstrukturierung erzielte Einsparungen nicht zu einer Reduzierung der Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen führen, sondern im Rahmen der Gesamtvergütung zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung verwandt werden.

Zu Absatz 4b

Mit dieser Vorschrift wird ein degressiver Punktwert über alle zahnmedizinischen Teilbereiche eingeführt. Hierdurch werden die Krankenkassen an Kostenvorteilen und Rationalisierungsmöglichkeiten in umsatzstarken Praxen beteiligt, da bei größeren Leistungsmengen die Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf haben und die Mitarbeiter produktiver eingesetzt werden können. Der degressive Punktwert ist so gestaltet, daß von ihm keine leistungsfeindlichen Impulse ausgehen. Aus diesem Grund beginnt die Degression des Punktwertes erst bei einer überdurchschnittlich hohen Punktmenge aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit von 350 000 Punkten je Kalenderjahr einschließlich der Kostenerstattungsbeträge nach § 13 Abs. 2. Leistungen aus privatärztlicher Tätigkeit bleiben unberücksichtigt. Ab einer Punktmenge von 350 000 pro Praxisinhaber vermindert sich der Punktwert für zahnärztliches Honorar um 20 %, ab einer Punktmenge von 450 000 um weitere 10 %, also insgesamt 30 %. Ab einer Punktmenge von 550 000 wird der Punktwert um insgesamt 40 % gekürzt. Durch die Orientierung des degressiven Punktwertes an den Punktmengen wird sichergestellt, daß vom Zahnarzt nicht oder nur bedingt beeinflussbare Faktoren, die sich im Zeitablauf ändern (z. B. Preise für zahntechnische Leistungen), keinen Einfluß auf die Gestaltung des degressiven Punktwertes haben. Außerdem macht die Anbindung laufende Änderungen der Degressionsgrenzen aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung durch die Vertragspartner entbehrlich.

Bei der Feststellung der Punktmengen wird grundsätzlich auf die Zahl der Praxisinhaber abgestellt. Dies gilt allerdings nur für gleichberechtigte Partner in einer Gemeinschaftspraxis, da nur in diesen Fällen bei den Beteiligten von einem gleich starken unternehmerischen Interesse ausgegangen werden kann. Nicht gleichberechtigte Partner werden deshalb wie angestellte Zahnärzte behandelt. Um die zutreffenden Punktmengen für den degressiven Punktwert festlegen zu können, muß der Nachweis der gleichberechtigten Partnerschaft gegenüber dem Zulassungsaus-schluß erbracht werden. Die Tätigkeit eines angestellten Zahnarztes kann mit höchstens 70 %, die Tätigkeit eines Ausbildungsassistenten mit höchstens 15 % der Punktmengen eines Zahnarztes angerechnet werden. Bei Teilzeitbeschäftigung und/oder nicht ganzjähriger Beschäftigung kann nur eine anteilige Anrechnung erfolgen. Wird beispielsweise ein Zahnarzt halbtags für die Dauer von sechs Monaten beschäftigt, erhöhen sich die Punktmengen um 17,5 %.

Zu Absatz 4 c

Um die Umsatzgrenzen verlässlich und genau ermitteln zu können, sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kassenanteile bei kieferorthopädischen und prothetischen Leistungen über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu leiten. Diese erfassen die Punktmengen und fügen sie zu einer zahnarztbezogenen GKV-Gesamtpunktmenge zusammen. Da diese Aufgabe nur von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahrgenommen werden kann, sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Zahlungen der Krankenkassen anzunehmen und entsprechend auf die Zahnärzte zu verteilen.

Zu Absatz 4 d

In dieser Vorschrift werden die Mitteilungspflichten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Durchführung des degressiven Punktwertes geregelt. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben den Krankenkassen die Namen der Zahnärzte mitzuteilen, die die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschritten haben. Dabei sind die Punktmengen sowie der Zeitpunkt der Überschreitung anzugeben. Darüber hinaus sind den Krankenkassen — bezogen auf die einzelne Praxis — auch die Zahl der angestellten Zahnärzte und der Ausbildungsassistenten einschließlich der Beschäftigungsdauer zu melden. Diese Mitteilungen sind Bestandteil einer ordnungsgemäßen Rechnungslegung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankenkassen.

Zu Absatz 4 e

Die Vorschrift regelt das Verfahren bei Überschreitung der Punktmengengrenzen nach Absatz 4b. Ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der jeweiligen Grenzwerte ist für alle weiteren Abrechnungen der reduzierte Punktwert maßgebend. Die Regelung gilt für alle Teilbereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung (konservierend-chirurgische Leistungen, Kieferbruch- und Parodontosebehandlung, Zahnprothetik, Kieferorthopädie). Bei Zahnprothetik und Kieferorthopädie findet die Absenkung bezogen auf den Kassenanteil statt. Insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, daß die konservierend-chirurgischen Leistungen quartalsweise abgerechnet werden, kann es ungeachtet des beschriebenen Verfahrens zu Überzahlungen kommen. Diese werden mit der oder den nächsten Abrechnungen verrechnet.

Zu Absatz 4 f

Um sicherzustellen, daß alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihren Pflichten ordnungsgemäß und fristgerecht nachkommen, wird den Krankenkassen ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 % gegenüber Forderungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus allen zahnärztlichen Teilbereichen eingeräumt. Hierdurch wird verhindert, daß der Versicherungsgemeinschaft durch ein Nichttätigwerden von ein-

zelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ein wirtschaftlicher Schaden entsteht. Der einbehaltene Betrag wird fällig, sobald die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Verpflichtungen vollständig nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der einbehaltenen Beträge verfällt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen nicht lückenlos erfüllt.

Zu Nummer 42 (§ 87)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstaben aa und bb**

Folgeänderung zur Verlagerung der Vertragskompetenz von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 83 Abs. 1 Satz 1).

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vorschrift regelt Kriterien für die Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter.

Zu Buchstabe b**Zu Absatz 2 a**

Der einheitliche Bewertungsmaßstab als Grundlage für die Vergütung des einzelnen Arztes wurde im Laufe der Zeit in eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen zergliedert mit der Folge, daß dieser Bewertungsmaßstab auch für den behandelnden Arzt an Übersichtlichkeit verloren hat. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärzte wird beauftragt, dieser Zergliederung durch eine Zusammenfassung von Gebührensätzen zu Leistungskomplexen, die z. B. auch die wiederkehrende Ausstellung von Rezepten und die Ausstellung von Überweisungsscheinen umfassen, entgegenzuwirken. Zugleich sollen die Grundlagen für eine gezielte Verbesserung der hausärztlichen Vergütung geschaffen werden, indem allein vom Hausarzt abrechenbare Leistungen gesondert ausgewiesen und bestimmte hausärztliche Leistungen mit einer fallbezogenen Grundvergütung honoriert werden.

Zu Absatz 2 b

Einer grundlegenden Neuordnung bedürfen auch die Bewertungen für Laborleistungen, da die bestehenden Rationalisierungsmöglichkeiten in diesem Bereich nicht hinreichend berücksichtigt sind. Dabei soll auch die Frage einbezogen werden, ob die derzeitige Struktur der Leistungserbringung im Laborbereich

eine wirtschaftliche Versorgung mit Laborleistungen gewährleistet.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Regelung über die Verlagerung der Vertragskompetenz von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 83 Abs. 1 Satz 1).

Zu Nummer 43 (§ 88)

Zu Buchstabe a

Die Regelung verringert die Vergütungen für zahn-technische Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung um 5 % ab 1. Januar 1993 für die Dauer eines Jahres. Anpassungen ab 1. Januar 1994 haben auf der abgesenkten Basis zu erfolgen. Die Regelung gilt auch für zahnärztliche Praxislabore.

Da die zahntechnischen Leistungen ungleichgewichtig bewertet sind — festsitzender Zahnersatz ist z. B. deutlich besser als herausnehmbarer Zahnersatz bewertet —, können in den einzelnen Preispositionen unterschiedliche Absenkungen vorgenommen werden. Dabei muß allerdings gewährleistet sein, daß die Absenkung im Durchschnitt der mit den Mengen gewichteten Preise insgesamt 5 % beträgt.

Die Regelung stellt außerdem sicher, daß die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet an das im übrigen Bundesgebiet durch die Absenkung nicht behindert wird. Dies bedeutet, daß die Absenkung im Falle einer Vergütungsangleichung von der veränderten Basis erfolgt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung der Vorschrift stellt klar, daß die Preise für zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz und bei kieferorthopädischen Leistungen aus Praxislaboren die diesbezüglichen Preise aus gewerblichen Laboren um mindestens 5 % unterschreiten müssen. Die Konkretisierung des Mindestabschlages ist erforderlich, um eine Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen zwischen Praxislaboren und gewerblichen Laboren zu erreichen.

Zu Nummer 44 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Das Schiedsamtverfahren wird in der Regel auf Antrag einer Vertragspartei eingeleitet. Wird dieser Antrag nach erfolglosen Vertragsverhandlungen nicht gestellt, erhält die zuständige Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, mit Wirkung für die anrufungssäumigen Vertragsparteien das schiedsamtliche Verfahren in Gang zu setzen. Dies ist notwendig, da die Vertragspartner in einigen Bereichen überfällige Vereinba-

rungen nicht abgeschlossen haben. In einigen Fällen ließ man sogar eine gesetzliche Frist verstreichen. Die zuständige Aufsichtsbehörde soll daher befugt sein, das Schiedsamt von sich aus einzuschalten, um den Erwartungen des Gesetzgebers zu genügen.

Zu Buchstabe b

Im Zuge der Neuordnung der einheitlichen vertragsärztlichen Versorgung wird sowohl für die vertragsärztliche als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung jeweils ein gemeinsames Schiedsamt der Ärzte und Krankenkassen gebildet. Damit gilt auch für die Ersatzkassen gemeinsam mit den übrigen Krankenkassen eine gesetzliche Schiedsamsregelung. Im übrigen orientieren sich die Neuregelungen an den bisher geltenden Vorschriften für die kassenärztlichen Schiedsämter.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu § 72.

Zu Doppelbuchstabe bb

Sofern sich die Krankenkassen auf Landesebene über ihre Präferenz für die unparteiischen Mitglieder nicht einigen, greift auch hier der für die Bundesebene vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus des § 213 Abs. 2.

Zu Buchstabe d

Für die Verträge auf Bundesebene werden entsprechend Absatz 2 gemeinsame Bundesschiedsämter gebildet.

Zu Buchstabe e

Auch die Entscheidungen der Schiedsämter zu Vergütungsregelungen in der vertragsärztlichen Versorgung sollen der Rechtsaufsicht unterliegen.

Zu Buchstaben f und g

Die Vorschrift stellt eine notwendige Folgeänderung für die zahntechnischen Vergütungen bei Leistungen für Zahnersatz bei gewerblichen Labors dar.

Zu Nummer 45 (§ 92)*Zu Buchstabe a*

Die Vorschrift trägt der Neuregelung in § 122 SGB V Rechnung. Angesichts der dort getroffenen abschließenden Regelung ist für bisher vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu erlassende Richtlinien kein Raum mehr. Ebenso entfällt aufgrund des in § 85 SGB V vorgenommenen gesetzlichen Vergütungsausschlusses ein Regelungsbedürfnis für einen Vergütungsausschuß in Richtlinien.

*Zu Buchstabe b**Zu Absatz 2 und 3*

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Zusammenstellung der Arzneimittel nach § 92 a Abs. 8 treten die Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 2 und 3 außer Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

*Zu Buchstabe b**Zu Absatz 6*

Folgeänderung zu § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu § 82 Abs. 1.

Zu Nummer 46 (§ 92a)

Durch die in § 92a getroffene Regelung wird das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Gebot einer wirtschaftlichen Versorgung mit Gesundheitsleistungen für den Arzneimittelbereich konkretisiert. Die verschiedenen Vorgaben und Instrumente zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise werden zusammengeführt mit dem Ziel, dem Kassenarzt die Übersicht über die zu Lasten der Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel und ihre Preiswürdigkeit sowie die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen zu erleichtern. Das bisherige z. T. unkoordinierte Nebeneinander unterschiedlicher Regelungen über den Ausschluß von Arzneimitteln aus der Leistungspflicht der Krankenkassen wird beseitigt.

Zugleich werden — durch die Errichtung eines Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ — die notwendige Sachkompetenz und die personellen Kapazitäten bereitgestellt, um diese Zielvorgaben zu realisieren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Zusammensetzung des Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ und das Verfahren der Berufung der Sachverständigen. Das Institut besteht aus elf Sachverständigen; ihre Berufung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen trägt der Verantwortung des Bundesausschusses für eine wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln Rechnung. Die Zusammensetzung der Mitglieder des Instituts entspricht der Breite und Differenzierung des Sachverständigenstandes, der zur Erfüllung der Aufgaben des Instituts erforderlich ist. Von den Sachverständigen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 soll jeweils mindestens ein Sachverständiger den alternativ genannten Fachrichtungen angehören.

Die besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie werden berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Neben der fachlichen Kompetenz ist die Unabhängigkeit der Mitglieder des Instituts für die effektive Erfüllung ihrer Aufgaben von zentraler Bedeutung. Absatz 2 konkretisiert die in dieser Hinsicht zu stellenden Anforderungen.

Zu Absatz 3

Die Verfahrensfragen, die sich hinsichtlich der Tätigkeit des Instituts stellen, sollen durch Rechtsverordnung geregelt werden.

Zu Absatz 4

Die Geschäftsstelle des Instituts wird beim Bundesminister für Gesundheit gebildet; dadurch wird eine tragfähige Grundlage für die Beschäftigung der Mitarbeiter und die Finanzierung der Geschäftsstelle geschaffen.

Zu Absatz 5

Die zentrale Aufgabenstellung des Instituts besteht darin, eine Vorschlagsliste der zu Lasten der Krankenversicherung verordnungsfähigen Arzneimittel zu erarbeiten. Diese Liste ist die Grundlage für die vom Bundesminister für Gesundheit nach § 34 a zu erlassende Rechtsverordnung. Die Vorschlagsliste bezeichnet die aufzunehmenden Arzneimittel nach ihren Wirkstoffen. Die Kriterien, die den Entscheidungen des Instituts über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Vorschlagsliste zugrunde zu legen sind, konkretisieren das für die Versorgung mit Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Wirtschaftlichkeitsgebot und definieren den Umfang, in dem die Kosten der Arzneimittelversorgung von der Solidargemeinschaft der Versicherten übernommen werden:

- In Nummer 1 wird klargestellt, daß bestimmte Anforderungen hinsichtlich des Ausmaßes des therapeutischen Nutzens sowie der therapeutischen Zweckmäßigkeit eines Arzneimittels erfüllt sein müssen, um — im Hinblick auf die entstehenden Kosten — die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zu begründen. Eine Konkurrenz mit den Kriterien für die Zulassung eines Arzneimittels nach den Regelungen des Arzneimittelgesetzes besteht nicht, da die Zulassungsregelungen primär auf die Abwägung der therapeutischen Wirksamkeit und der möglichen Risiken eines Arzneimittels ausgerichtet sind. Wirtschaftlichkeitsaspekte spielen bei der Zulassung — und damit auch bei den Anforderungen an das Ausmaß des nachzuweisenden therapeutischen Nutzens — keine Rolle.
- In Nummer 2 werden die geltenden Kriterien für den Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung nach § 34 Abs. 2 aufgeführt, soweit sie nicht bereits in Nummer 1 enthalten sind.
- Nummer 3 stellt klar, daß Arzneimittel, die üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden und deshalb nach § 34 Abs. 1 und 3 aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung auszuschließen sind, nicht in die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen werden.

Zu Absatz 6

Der besonderen Wirkungsweise phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel wird dadurch Rechnung getragen, daß ihre Aufnahme in die Liste ordnungsfähiger Arzneimittel von einer positiven Bewertung im Rahmen des Zulassungsverfahrens abhängig gemacht wird. Diese Bewertung erfolgt im Regelfall durch Sachverständigenkommissionen, in denen die jeweiligen Therapierichtungen vertreten sind. Eine Einzelbewertung von Arzneimitteln dieser Therapierichtungen durch das Institut ist insoweit nicht erforderlich. In Satz 3 wird klargestellt, daß ein vollständiger Ausschluß von Arzneimitteln bestimmter Indikationsgruppen nach Nummer 1 oder 3 auch für die besonderen Therapierichtungen gilt.

Zu Absatz 7

Absatz 7 enthält Vorgaben zur Beschlußfassung über die Liste nach Absatz 5 sowie zum Anhörungsverfahren; ferner wird klargestellt, daß die Liste an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen ist. Die erstmalige Beschlußfassung erfolgt bis zum 30. Juni 1995, um sicherzustellen, daß die Rechtsverordnung nach § 34 a bis zum 31. Dezember 1995 erlassen werden kann.

Zu Absatz 8

Absatz 8 regelt das weitere Verfahren zur Erstellung einer Liste von Arzneimitteln, die zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfen: Auf der Grundlage der vom Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ nach Absatz 5 erstellten Liste, die die Arzneimittel wirkstoffbezogen erfaßt, ist nach Erlaß der entsprechenden Rechtsverordnung nach § 34 a eine Zusammenstellung der Einzelpräparate unter Angabe ihres Handelsnamens, der Wirkstärke, Darreichungsform, Packungsgröße u. a. zu erstellen. Diese Zusammenstellung gibt dem Arzt einen Überblick über die auf dem Markt befindlichen Präparate, die nach den in Absatz 5 genannten Kriterien ordnungsfähig sind. Zugleich soll die Liste dem Arzt weitere Angaben zur Verfügung stellen, die für eine wirtschaftliche Ordnungsweise relevant sind: Die Arzneimittel sind so zusammenzustellen, daß dem Arzt ein Preisvergleich und die Auswahl therapiegeeigneter Verordnungsmengen ermöglicht wird. Die Zusammenstellung soll somit auch die Funktion der derzeitigen Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 erfüllen. Es wird davon ausgegangen, daß die Zusammenstellung Präparate enthält, die den besonderen Bedürfnissen von Kindern, z. B. hinsichtlich der Wirkstärke oder der Darreichungsform, entsprechen.

Zu Absatz 9

Absatz 9 eröffnet die Möglichkeit, in Ausnahmefällen Arzneimittel, die in der Liste nach Absatz 8 nicht enthalten sind, zu Lasten der Krankenversicherung zu verordnen. Der Arzt hat die Gründe für seine Verordnung darzulegen. Das Verfahren zur Überprüfung dieser Verordnungen soll von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen geregelt werden.

Zu Absatz 10

Es wird klargestellt, daß das Institut nicht nur die Listen nach Absatz 5 und 8 zu erstellen hat, sondern darüber hinaus den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung unterstützt.

Zu Absatz 11

Durch die in Absatz 11 geregelte Auskunftspflicht des Bundesgesundheitsamtes, der pharmazeutischen Unternehmer und ihrer Spitzenorganisationen sowie der Spitzenorganisationen der Apotheker soll gewährleistet werden, daß das Institut Zugang zu den Informationen hat, die für eine Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben notwendig sind.

Zu Absatz 12

Es wird klargestellt, daß Klagen gegen die Vorschlagsliste nach Absatz 5, die keine Bindungswirkung hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu Lasten der Krankenversicherung hat und nicht veröffentlicht wird, unzulässig sind. Die Vorgaben für Klagen gegen die Liste nach Absatz 8 entsprechen den für die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 und die Festbeträge nach § 35 geltenden Regelungen.

Zu Nummer 47 (§ 93)**Zu Buchstabe b**

Die Ergänzung des § 93 enthält eine Klarstellung, daß auch der für den Erlaß der Verordnung zuständige Bundesminister die Übersicht über die durch die Rechtsverordnung von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen und bekanntmachen kann. Diese Befugnis besteht bereits zur Zeit aufgrund des untrennbaren Sachzusammenhangs mit dem Erlaß der Verordnung und in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die eine Zuständigkeit des Bundesministers begründen, wenn die Selbstverwaltung ihren Pflichten und Obliegenheiten nicht nachkommt.

Zu Nummer 48 (§ 95)**Zu Buchstabe a**

Für Vertragsärzte wird die Eintragung in das Arztregister und damit die Kassenzulassung von der Ableistung einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet abhängig gemacht.

Zu Buchstabe b

Die Entwicklung der Vertragsarztzahl stellt eine wesentliche Ursache für überhöhte Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Angesichts einer ständig steigenden Zahl von Vertragsärzten besteht die Notwendigkeit, die Anzahl der Vertragsärzte zu begrenzen. Die Überversorgung kann nicht nur durch Zulassungsbeschränkungen und damit zu Lasten der jungen Ärztegeneration eingedämmt werden. Hierzu ist auch die Einführung einer obligatorischen Altersgrenze für Vertragsärzte erforderlich.

Die Einführung einer Altersgrenze stellt keinen unzumutbaren Eingriff in die Rechtsposition der betroffenen Ärzte dar, da Ärzte und Zahnärzte in der Regel spätestens mit Vollendung des 68. Lebensjahres über eine ausreichende Altersversorgung, vor allem durch die berufsständischen Versorgungswerke verfügen. Die Satzungen der Versorgungswerke sehen grundsätzlich die Zahlung von Altersruhegeld an Vertrags-

ärzte spätestens mit Vollendung des 68. Lebensjahres vor. Soweit ein Vertragsarzt nicht lange genug tätig sein konnte, um eine ausreichende Altersversorgung aufzubauen, kann er dies durch die vorgesehene Ausnahmeregelung bis zum Ablauf einer 20-Jahres-Grenze nachholen.

Der Einführung der allgemeinen Altersgrenze steht nicht entgegen, daß es sich bei der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit um einen „freien Beruf“ handelt, denn hieraus leitet sich kein erhöhter Anspruch auf Freiheit von gesetzgeberischen Eingriffen ab. Die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers geht bei der Regelung der vertragsärztlichen Tätigkeit noch weiter als bei anderen freien Berufen, da die Vertragsärzte in ein öffentlich-rechtliches (§§ 95ff. SGB V) Verhältnis einbezogen sind und erst durch die Zulassung zur Ausübung der Vertragsarztpraxis berechtigt werden.

Zu Buchstabe c**Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zur Streichung des § 82 Abs. 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Neuregelung des § 73 Abs. 1b.

Zu Doppelbuchstabe cc

Übertragung der Neuregelung in § 95 Abs. 9 auf die Vertragsärzte.

Die besonderen Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung machen es notwendig, die Bestimmungen der kassenärztlichen Versorgung zum Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenversicherung und den Folgen eines kollektiven Verzichtes auf die Zulassung in das Regelwerk der vertragsärztlichen Versorgung zu transformieren.

Zu Buchstabe d

Seit langem wird kritisiert, daß die Voraussetzungen, unter denen ein niedergelassener Arzt Assistenten in seiner Praxis beschäftigen kann, im bisherigen Recht zu eng gefaßt sind. Es wird deshalb die Beschäftigung eines ganztagsbeschäftigten Arztes oder zweier halbtagsbeschäftigter Ärzte beim Vertragsarzt zugelassen. Die Neuregelung ist auch im Zusammenhang mit Zulassungsbegrenzungen zu sehen. Hierdurch werden weitere Beschäftigungsmöglichkeiten für medizinische Hochschulabsolventen geschaffen, die keine Kassenzulassung erhalten. Es ist zu erwarten, daß angestellte Ärzte vom niedergelassenen Arzt angemessen vergütet werden.

Zu Nummer 49 (§ 95a)

Durch die Neuregelung soll die allgemeinmedizinische Qualifikation dadurch verbessert werden, daß eine dreijährige strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als obligatorische Voraussetzung für die Kassenzulassung vorgesehen wird. Damit wird auch gleichzeitig die sich aus der EG-Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin ergebende Verpflichtung erfüllt, ab 1. Januar 1995 den Zugang von Ärzten (Fachärzte ausgenommen) zur gesetzlichen Krankenversicherung von einer spezifischen allgemeinmedizinischen Qualifikation abhängig zu machen. Der Bundesgesetzgeber schreibt dabei eine mindestens dreijährige Dauer für die allgemeinmedizinische Weiterbildung vor, überläßt aber die inhaltliche Ausgestaltung der Qualifikation den landesrechtlichen Bestimmungen nach dem Weiterbildungsrecht. Auf diese Weise bleibt die Autonomie der Ärztekammern zur Ausgestaltung der Weiterbildungsanforderungen in der Allgemeinmedizin erhalten.

Die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung zum Kassenarzt ist unverzichtbar. Die Forderung nach einer dreijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung ist deshalb in den letzten Jahren verstärkt und ohne Gegenstimmen erhoben worden (vgl. Beschluß des Deutschen Ärztetages 1990 zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin; Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ Drucksache 11/6380, S. 74, Nummer 191; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion, Jahresgutachten 1992, S. 75, mit weiteren Nachweisen).

Die Neuregelung ist erforderlich, um sicherzustellen, daß auch in der Allgemeinmedizin ebenso wie in allen übrigen 28 ärztlichen Fachgebieten nur weitergebildete Ärzte die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung betreuen. Die Stellung des hausärztlich tätigen Allgemeinmediziners im ärztlichen Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung macht dies unausweichlich. Der Allgemeinmediziner besitzt nach geltendem Recht eine einzigartige Steuerungsfunktion. Diese Steuerungsfunktion ist für die wirtschaftliche Leistungserbringung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zwingend vorgeschrieben ist, von ausschlaggebender Bedeutung. Neben der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen obliegt dem Allgemeinmediziner als dem im Regelfall zunächst vom Patienten aufgesuchten Arzt insbesondere die Beurteilung, ob die Einschaltung eines Arztes eines anderen Gebietes oder die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist. Gleiches gilt für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Einschaltung von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese Steuerungsfunktion hebt den Allgemeinmediziner gegenüber den anderen an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Arztgruppen heraus. Diese Tatsache hat der Gesetzgeber im Gesundheits-Reformgesetz aus dem Jahr 1989 durch die in diesem Gesetz vorgeschriebene Gliederung in die haus- und fachärztliche Versorgung ausgebaut. Auch der vorliegende Gesetzentwurf ent-

hält in § 102 eine weitere Aufwertung der hausärztlichen Versorgung.

Neben den allgemeinmedizinischen Erfordernissen sind wesentliche Bereiche aus dem Gebiet der Inneren Medizin sowie der Allgemein- und Unfallchirurgie für den Allgemeinmediziner zu erlernen. Schließlich ist neben den genannten Kenntnissen nach der Musterweiterbildungsordnung auch der Erwerb von Fachkunde in Laboruntersuchungen in der Allgemeinmedizin, in Mutterschaftsvorsorge und in Früherkennung von Krankheiten bis zum Ende des ersten Lebensjahres erforderlich.

Es ist unstreitig, daß die genannten qualitativen Anforderungen, die an den Allgemeinmediziner im Rahmen der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen sind, keinesfalls in einem Zeitraum unterhalb von drei Jahren erlernt werden können.

Es ist erforderlich, die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zur Zulassungsvoraussetzung zu machen. Nur hierdurch kann den besonderen Erfordernissen, die an eine wirtschaftliche Leistungserbringung speziell in der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt werden müssen, Rechnung getragen werden. Die wirtschaftliche Leistungserbringung setzt eine funktionierende hausärztliche Versorgung zwingend voraus (vgl. Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Drucksache 11/6380, S. 62). Nur der Allgemeinmediziner kann durch seine Überwachungs- und Verteilungsfunktion den Versicherten vor unnötigen Behandlungen durch Dritte bewahren. Ebenso kann nur der Allgemeinmediziner das medizinisch Notwendige veranlassen und die erhobenen Befunde in sinnvoller und wirtschaftlicher Weise zusammenführen. Auf die Funktion, die nur von durch Weiterbildung qualifizierten Allgemeinmedizinern übernommen werden kann, kann die gesetzliche Krankenversicherung ohne unvermeidbare Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitseinbußen nicht verzichten.

Auf die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden entsprechende Zeiten als Arzt im Praktikum angerechnet. Dies ergibt sich aus § 3 Abs. 5 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte. Mit der Einführung der dreijährigen Weiterbildung wird die bisherige Regelung über die Vorbereitungszeit gestrichen. In den Absätzen 3 bis 5 trägt die Neuregelung den Anforderungen des EG-Rechts Rechnung.

Zu Nummer 50 (§ 95 b)**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift stellt klar, daß ein Vertragsarzt — wie schon nach bisher geltendem Recht ein Kassenarzt oder beteiligter Arzt — seine Zulassung nicht im Rahmen einer kollektiven Aktion zurückgeben darf.

Zwar ist es jedem Vertragsarzt unbenommen, eigenverantwortlich und selbständig über sein Ausschiden aus dem vertragsärztlichen Sicherstellungssy-

stem zu entscheiden. Ein bedingter, in Abhängigkeit von den Entscheidungen Dritter stehender kollektiver Verzicht dagegen ist nicht zulässig.

Mit der Zulassung als Vertragsarzt und aufgrund der dadurch bewirkten Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung wird der Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich. Dementsprechend hat er die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zu fördern und alles zu unterlassen, was die Sicherstellung und die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gefährden oder ausschließen könnte. Jede Schädigung der vom Körperschaftszweck erfaßten Interessen der Beteiligten hat zu unterbleiben.

Gegen diese Pflichten verstößt der Vertragsarzt, wenn er in einem mit anderen Vertragsärzten abgesprochenen Verhalten oder Verfahren auf seine Zulassung verzichtet.

Wenn Vertragsärzte in großer Zahl zum gleichen Zeitpunkt das vertragsärztliche System verlassen, ist dessen Funktionsfähigkeit in Frage gestellt. Eine — zumindest kurzzeitige — Unterversorgung ist vorprogrammiert. Sie ist auch von den verzichtenden Vertragsärzten gewollt. Ziel der Gemeinschaftsaktion ist es gerade, gemeinsam eine Abkehr vom Abrechnungsmodus des vertragsärztlichen Systems und eine privatärztliche Abrechnung mit den Versicherten zu erreichen. Das Sachleistungsprinzip wird aufgekündigt, das vertragsärztliche Sicherstellungssystem destabilisiert. Mit dem kollektiven Verzicht legt es der an der gelenkten Aktion teilnehmende Vertragsarzt auf die Zerstörung des vertragsärztlichen Versorgungssystems an. Zugleich greift er das bislang bestehende Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen an. Statt zu dessen Erhalt beizutragen und pflichttreu die mit der Zulassung und der Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung verbundenen Aufgaben durchzuführen, wirkt der Vertragsarzt mit dem kollektiven Verzicht systemgefährdend.

Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es unverträglich, wenn er sich in wettbewerbswidriger Weise mit anderen Vertragsärzten zur Durchsetzung eigener Interessen abstimmt. Der kollektive Verzicht bezweckt, das mit einem Ausstieg aus dem vertragsärztlichen System verbundene Risiko von erheblichen Einkommensverlusten zu minimieren und losgelöst von gesetzlichen und satzungsrechtlichen Bindungen die Bedingungen für die eigenen Leistungen, insbesondere zur Vergütungshöhe und zum Abrechnungsverfahren selbst bestimmen zu können. Die Bildung einer solchen Interessengemeinschaft während der Zeit der bestehenden Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung bedeutet, daß der Vertragsarzt seine eigene Sache über die Sache der Körperschaft stellt.

Der kollektive Verzicht ist zudem rechtsmißbräuchlich, weil ihn der verzichtende Vertragsarzt in der Erwartung erklärt, die vertragsärztliche Versorgung könne auf Dauer nicht ohne ihn auskommen und er werde deshalb weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung — dann allerdings zu den von ihm

gewünschten Bedingungen — in Anspruch genommen werden. Der innere Vorbehalt der Endgültigkeit des Verzichts macht ihn zusätzlich pflichtwidrig. Das Recht, autonom über den Verbleib oder den Ausstieg aus dem vertragsärztlichen System zu entscheiden, deckt die pflichtwidrige Absprache zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung nicht.

Zu Absatz 2

Ein Vertragsarzt, der sich als zugelassenes Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung entgegen den gesetzlichen und den aus dem Mitgliedschaftsverhältnis folgenden Pflichten an einem kollektiven Verzicht beteiligt, kann nicht erwarten, alsbald wieder zum Vertragsarztsystem zugelassen zu werden. Die Illoyalität rechtfertigt es, den kollektiv ausgeschiedenen Vertragsarzt „beim Wort zu nehmen“ und ihn zumindest für die Dauer von sechs Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung auszuschließen. Zudem besteht die Gefahr, daß ein solcher Arzt alsbald wieder den Versuch unternimmt, das System der vertragsärztlichen Versorgung auszuhöhlen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt sicher, daß Vertragsärzte den mit einem kollektiven Verzicht verfolgten Zweck nicht auf Kosten der Versicherten erreichen. Der kollektiv ausgeschiedene Vertragsarzt bleibt dem Vertragsarztsystem kraft Gesetzes zumindest insofern verhaftet, als er die Behandlung eines Versicherten nur mit dem Einfachsatz nach der jeweils einschlägigen Gebührenordnung vergütet erhält und ihm auch nur ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse eingeräumt wird. Die von der Vorschrift gezogenen Konsequenzen sind gerechtfertigt. Sie sind im Interesse der Versicherten unerlässlich. Auch kann der Gesetzgeber einen Vertragsarzt an seiner einmal getroffenen Entscheidung, dem Vertragsarztsystem unter Beachtung der für ihn geltenden Pflichten beizutreten, festhalten. Er darf ihm Pflichtverstöße gegen die Regeln nicht auch noch durch eine unbegrenzte Abrechnung nach GOÄ/GOZ belohnen. Mit dem Beitritt zum vertragsärztlichen System übernimmt der Vertragsarzt die Verantwortung für den Erhalt dieses Systems. Dann ist es nur folgerichtig, daß er aus dieser Verantwortung nicht unter Hinnahme seiner Pflichtverletzungen entlassen wird. Er muß es sich deshalb in nachgehender Verantwortlichkeit zu seiner Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung gefallen lassen, daß er das vertragsärztliche System nur nach den rechtlich zugelassenen Möglichkeiten und unter Beachtung der Interessen der Kassenärztlichen Vereinigung rechtswirksam verlassen kann. Verweigert er sich seinen Pflichten als Vertragsarzt, indem er sich im Rahmen einer kollektiven Aktion zur Erlangung eigener Sondervorteile willen und unter Vernachlässigung der Interessen der Gemeinschaft diesen Pflichten entzieht, kann er Versicherte nur zu Bedingungen behandeln, die dem Interesse der Versicherten wie auch dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht abträglich sind.

Es mag ein Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes sein, wenn das Gesetz dem kollektiv erklärten Verzicht die Anerkennung versagt, in Abweichung von den für die privatärztliche Behandlung geltenden Regelungen die Höhe der Vergütung unterhalb des für Privatpatienten üblichen Vergütungssatzes festschreibt und einen Vergütungsanspruch gegen den Versicherten ausschließt. Dieser Eingriff beruht jedoch auf guten Gründen. Wie zu Absatz 1 ausgeführt, ist der kollektive Verzicht zu dem Zweck, das vertragsärztliche Versorgungssystem um eigener Sonderinteressen willen zu schädigen, pflicht- und rechtswidrig. Er ist überdies zu mißbilligen, weil er sich zum Ziel gesetzt hat, verfassungsgemäß zustande gekommene Gesetze zu unterlaufen und den Willen des Gesetzgebers zu desavouieren. Die Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zählt zu den vom Bundesverfassungsgericht anerkannten Gemeinwohlbelangen von hohem Rang. Dieses überragende Gemeinschaftsgut wie auch das schutzwürdige Interesse der Versicherten an der Beibehaltung des vertragsärztlichen Versorgungssystems machen es erforderlich, daß die Bestrebungen kollektiv ausstiegswilliger Vertragsärzte erfolglos bleiben. Untauglich bleiben muß auch der Versuch, sich mit einer kollektiven Absprache Marktchancen zu sichern, sich wirtschaftliche Macht aufzubauen und sich einem Wettbewerb zu entziehen, der möglicherweise eintreten würde, wenn Vertragsärzte sich autonom und individuell zum Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung erklärten.

Mit der Vorschrift macht der Gesetzgeber deutlich, daß Interessengruppen die von ihm in einem verfassungsrechtlich ordnungsgemäßen Verfahren erlassene Gesetze nicht mit einer kollektiven Absprache aushebeln können. Wenn der Gesetzgeber in Anerkennung des verfassungsrechtlichen Grundwertgehaltes eines umfassend verstandenen Gleichheitsbegriffes Einkommenschancen in einem sozialen Sicherungssystem im Interesse der im Mittelpunkt dieses Systems stehenden Sozialversicherten geringfügig verändern will, haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich dagegen mit dem ihnen zur Verfügung stehenden gerichtlichen und verfassungsgerichtlichen Rechtsschutz zu wehren. Nicht dagegen darf es ihnen erlaubt sein, ihre Stellung im vertragsärztlichen System, zu dem sie ursprünglich aufgrund eigenen Antrags zugelassen wurden, aufgrund einer kollektiven Absprache dafür auszunutzen, die Grundlagen dieses Systems zu schwächen.

Zu Nummer 51 (§ 98 Abs. 2 Nr. 13)

Folgeänderung der Neuregelung in § 95 Abs. 9.

Zu Nummern 52 und 54 Buchstaben a und b (§§ 101, 103 Abs. 1 bis 3)

Die Vorschriften aktualisieren die Bedarfsplanung des geltenden Rechts. Die bisherigen Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad, die sich auf

das Jahr 1980 beziehen, werden durch Verhältniszahlen zum Stand 31. Dezember 1990 ersetzt.

Diese Vorschriften verschärfen zwar das bisherige Instrumentarium punktuell, behalten es aber im wesentlichen bei. Hinsichtlich des unlösbaren Zusammenhangs zwischen Arztzahl und Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Begründung zu § 102 verwiesen.

Der Bundesausschuß bestimmt weiterhin die einheitlichen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad. Die Eingriffsnormen, die eine Sperrung einzelner überversorgter Bezirke durch die Selbstverwaltung vorsehen, bleiben im Kern unverändert.

Das Bedarfsplanungsinstrumentarium wird in folgenden Punkten geändert:

- Das Vorliegen der Überversorgung ist vom Landesausschuß von Amts wegen festzustellen und nicht wie bisher auf Antrag.
- Der Landesausschuß hat im Falle einer Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, ohne daß ihm wie bisher ein Ermessensspielraum zusteht.
- Ein Freihalten von 50 % der Planungsbereiche entfällt, da sich ausschließlich umverteilende Maßnahmen gegen die zunehmende Überversorgung nicht als wirksam erwiesen haben.

Die durch § 95 Abs. 9 ermöglichte Anstellung von Ärzten erfordert eine Berücksichtigung der angestellten Ärzte bei der Bedarfsplanung.

Zu Nummer 53 (§ 102)

Ab dem 1. Januar 1999 wird das Überversorgungsinstrumentarium durch die Bedarfszulassung abgelöst. Hierdurch soll einer weiter steigenden Überversorgung mit Ärzten wirksam entgegengewirkt und gleichzeitig das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der ab 1. Januar 1999 geltenden Verhältniszahlen erfolgt durch ein gesondertes Gesetz. Dabei werden die zwischenzeitlich eingetretene Entwicklung der Arztzahlen und die dann vorliegenden Erfahrungen mit der Bedarfsplanung nach § 101 Berücksichtigung finden können. Die Regelung stellt darüber hinaus sicher, daß sich die Betroffenen bei ihren Planungen rechtzeitig auf die Neuregelung zum 1. Januar 1999 einstellen können.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30ff.) steht der Einführung der Bedarfszulassung nicht entgegen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts entfaltet zwar grundsätzlich eine Bindungswirkung auch für die Zukunft. Die Bindungswirkung wird jedoch beschränkt, wenn ein grundlegender Wandel der tatsächlichen Verhältnisse, auf denen die Entscheidung beruht, eine Rechtsanpassung erfordert. Dies ist hier der Fall.

Eine wesentliche Änderung der im Zeitpunkt der Entscheidung bestehenden tatsächlichen Verhältnisse liegt vor allem in der unvorhergesehen starken

Zunahme der Zahl der Vertragsärzte. Das Bundesverfassungsgericht ging bei seiner Entscheidung von der damaligen Zahl von ca. 41 700 freiberuflich tätigen Ärzten aus, von denen ca. 37 000 zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen waren. Das Gericht vertrat die Auffassung, daß sich bei Freigabe der Kassenzulassung der Zugang um kaum mehr als 12 % erhöhen würde. Dem jährlichen Zugang an Ärzten stehe der Bevölkerungszuwachs und damit die Zunahme der Kassenmitglieder und freien Patienten sowie das Ausscheiden zugelassener Ärzte gegenüber.

Die tatsächliche Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung verlief seit 1960 anders, als das Bundesverfassungsgericht dies vorausgesehen hatte. Die Zahl der neu hinzu getretenen Ärzte hat sich in den vergangenen 31 Jahren fast verdreifacht und ist damit erheblich höher gestiegen, als das Gericht angenommen hatte. Während die Zahl der Vertragsärzte zum Zeitpunkt des Urteils des Bundesverfassungsgerichts 37 000 betrug, lag sie im Jahr 1971 bei 47 000, im Jahr 1984 bei 62 200, im Jahr 1991 ist die Zahl der Vertragsärzte in den alten Bundesländern bereits auf 74 063 angewachsen.

Im Durchschnitt versorgt ein berufstätiger Arzt am 31. Dezember 1991 315 Einwohner, eine Versorgungslage, die der Bundesrepublik Deutschland international eine Spitzenstellung einräumt.

Die Zahl der Kassenmitglieder ist demgegenüber nicht so gewachsen, wie das Bundesverfassungsgericht erwartet hatte. Die Entwicklung der Zahl der Vertragsärzte ist damit zudem disproportional zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verlaufen. Nicht vorhergesehen wurde auch die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die trotz des Gesundheits-Reformgesetzes zu unververtretbaren Mehraufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat.

Die Bedarfszulassung ist unverzichtbar, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt eine schwere Gefahr für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar. Ein weiter steigendes Defizit der Krankenkassen würde durch unververtretbare Beitragserhöhungen die für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zumutbare Belastbarkeitsgrenze überschreiten und die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gefährden.

Die vorgesehene Zulassungssteuerung ist im Hinblick auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung unausweichlich. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind von 1960 bis 1991 von 8,9 Mrd. DM auf 150,9 Mrd. DM gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung auf etwa das Siebzehnfache. Das Bruttosozialprodukt hat sich im Vergleich hierzu im gleichen Zeitraum von 303 Mrd. DM auf 2 650 Mrd. DM — also auf etwa das Achteinhalbfache — erhöht. Der Anteil der aus Mitteln der Solidargemeinschaften der Krankenkassen finanzierten Leistungsausgaben am Bruttosozialprodukt ist damit von rd. 3 % auf knapp 6 % angestiegen.

Die langfristige Folge war ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von 8,4 % (1960) auf 10,5 % (1969). Durch die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter und die damit verbundene Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung konnte der Beitragssatz im Jahr 1970 auf 8,2 % gesenkt werden. Seitdem ist der durchschnittliche Beitragssatz auf 12,6 % (1. Juli 1992) gestiegen. Einige Krankenkassen mußten ihre Beitragssätze auf über 16 % anheben. Der höchste Beitragssatz liegt zur Zeit bei 16,8 % (AOK Dortmund). Für Anfang 1993 droht sogar ein Beitragssatz von über 13,1 % im Durchschnitt aller Krankenkassen.

Zur Steuerung dieser Entwicklung hat es nicht an gesetzgeberischen Versuchen gefehlt, die Ausgabenentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen. Die einschlägigen gesetzlichen Regelungen haben aber nicht dazu geführt, eine dauerhafte Stabilisierung der Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen. In einer Reihe von Gesetzen seit dem Jahr 1977 wurde wiederholt von dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium zur Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht. Im einzelnen ist auf das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) und die Haushaltsbegleitgesetze vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) und vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hinzuweisen. Die genannten Gesetze haben ebenso wie das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2497), trotz Ausschöpfens aller Möglichkeiten, auf die Kostenentwicklung einzuwirken — wie im folgenden dargelegt wird —, nur vorübergehend zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Die dramatische Finanzentwicklung der letzten zwei Jahre und der erneute Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Gesundheits-Reformgesetz zeigen, daß ohne eine wirksame Begrenzung der Arztzahlen eine Eindämmung des Ausgabenanstiegs und eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich sind.

In einer Reihe von Untersuchungen ist herausgearbeitet worden, daß das Überangebot von Vertragsärzten ein wesentlicher Grund für die skizzierte Finanzentwicklung ist (vgl. Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ Drucksache 11/6380, S. 62, mit weiteren Nachweisen; Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion, S. 472). In den genannten Untersuchungen wird dargelegt, daß eine wachsende Arztzahl zur Folge hat, daß das von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubringende Finanzvolumen für die vertragsärztliche Versorgung erheblich ansteigt. Dies hängt damit zusammen, daß der tatsächliche Bedarf ärztlicher Leistungen nur schwer objektivierbar ist. Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsintensität in der ärztlichen Versorgung unterliegen daher einem gewissen Dispositionsspielraum des Arztes.

Mediziner und Gesundheitsökonomien verdeutlichen diesen Sachverhalt damit, daß es grundsätzlich denkbar sei, das gesamte Sozialprodukt für begründbare medizinische Leistungen und den damit verbundenen Personal- und Investitionsaufwand in Anspruch zu nehmen. Der medizinische Versorgungsbedarf ist in weiten Bereichen das Ergebnis des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes, des Ausbildungsniveaus der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe, der Erwartungen und Ansprüche der Versicherten. Versuche, den Versorgungsbedarf durch Festlegung bestimmter Vorgaben und Kriterien zu strukturieren und einzuzugrenzen, z. B. durch Diagnose- und Therapiestandards, sind international bisher nur in Ansätzen entwickelt worden. Der Prozeß der Ausweitung des medizinischen Leistungsangebots kann dadurch nur hinsichtlich bestimmter Fehlentwicklungen korrigiert bzw. gesteuert, nicht jedoch generell begrenzt werden. Es ist evident, daß die expansiv wirkenden Faktoren des medizinischen Versorgungssystems durch die legitimen Einkommenserwartungen einer wachsenden Zahl von Ärzten nachhaltig verstärkt werden. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird seit langem auf die zentrale Bedeutung der Definitionsmacht des Arztes hinsichtlich des medizinischen Versorgungsbedarfs hingewiesen. Aufgrund seiner professionellen Autorität bestimmt der Arzt weitgehend das Angebot und zugleich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in allen Bereichen. Es ist unvermeidbar, daß er sich dabei auch von seinen Einkommensinteressen leiten läßt. Eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Verordnungsweise muß damit nicht verbunden sein. In der gesundheitsökonomischen Fachliteratur wird dieses Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ nach Gesundheitsleistungen seit langem diskutiert. Vergleichbare Entwicklungen sind auch außerhalb des Bereichs der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere im Krankenhausbereich, festzustellen. Durch zahlreiche Untersuchungen in verschiedenen Ländern ist dokumentiert, daß die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen mit der verfügbaren Bettenkapazität steigt. Ein Abbau der Bettenkapazität wird von zahlreichen Experten als unverzichtbare Voraussetzung zur Begrenzung der Inanspruchnahme im Bereich der stationären Versorgung angesehen.

Die Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages und der Sachverständigenrat haben an den zitierten Stellen auf den Zusammenhang der Arztzahlentwicklung mit medizinisch nicht indizierten Gefälligkeitsleistungen sowie unnötigen Krankenhauseinweisungen ausdrücklich hingewiesen. Die Auswirkungen einer so ausgeweiteten Verordnungstätigkeit des Vertragsarztes können nicht hoch genug eingeschätzt werden, weil er neben dem Umfang seiner Leistungen z. B. über die Arzneimittelversorgung, die Zahlung von Krankengeld und die Krankenhauseinweisung entscheidet. Der Vertragsarzt verordnet durchschnittlich Kassenleistungen in Höhe des Vierfachen seines Honorars.

Wie sehr der Zuwachs an Ärzten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ansteigen läßt, kann anhand des Vergleichs der Arztzahl und der

Leistungsausgaben der Krankenkassen zahlenmäßig nachgewiesen werden. So zeigt z. B. ein Vergleich dreier Ortskrankenkassen in Bayern, der AOK München, der AOK Mittelfranken und der AOK Hof, folgende signifikante Unterschiede:

Die Leistungsausgaben je Mitglied (ohne Zahnmedizin) im Jahr 1990 der AOK München (611 Einwohner je Kassenarzt) sind um 9,18 % höher als die der AOK Mittelfranken (867 Einwohner je Kassenarzt) und um 27,93 % höher als die der AOK Hof (1 051 Einwohner je Kassenarzt).

Der Vergleich der Ausgaben für ambulante Behandlung je Mitglied im Jahr 1990 fällt für die genannten Krankenkassen noch negativer zu Lasten der stärker versorgten Gebiete aus. So sind die Ausgaben der AOK München für die ambulante Versorgung je Mitglied um 17,47 % im Jahr 1990 höher als die der AOK Mittelfranken und sogar 45,98 % höher als die der AOK Hof. Auch die genannten Beispiele zeigen den Zusammenhang zwischen Arztzahl und Ausgabenentwicklung eindeutig und unterstreichen die Notwendigkeit einer Arztzahlbeschränkung.

Eine Abwägung des durch die aufgezeigte Entwicklung gefährdeten überragenden Gemeinschaftsguts der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Recht auf völlig ungehinderten Zugang jeden Arztes zum Vertragsarztsystem muß zugunsten des erstgenannten Gemeinschaftsguts ausfallen. Für die Bewertung der Eingriffsintensität einer Zulassungsbeschränkung ist ferner von Bedeutung, daß die organisatorische Einbindung des Vertragsarztes in das öffentlich-rechtliche System der gesetzlichen Krankenversicherung dazu führt, daß freiberufliche Elemente durch Elemente eines staatlich gebundenen Berufs überlagert werden. Auch diese Überlegung rechtfertigt eine erweiterte Regelungsbefugnis des Gesetzgebers.

Hinzu kommt, daß wirksame Alternativen zu der vorgeschlagenen Regelung nicht vorhanden sind. So sind die Möglichkeiten, durch Vergütungsregelungen und verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen Abhilfe zu schaffen, durch frühere Gesetze und diesen Gesetzentwurf bereits derart ausgeschöpft, daß eine weitergehende Steuerung der Finanzentwicklung durch derartige Maßnahmen nicht möglich ist.

Die Untauglichkeit von Vergütungsregelungen zur Erreichung des angestrebten Ziels macht ein Blick auf die Entwicklung in allen industrialisierten Ländern seit Beginn der 70er Jahre deutlich. Trotz der vielfältigen Versuche, der Problematik mit Vergütungsregelungen Herr zu werden, ist es nirgends gelungen, die häufig als „Kostenexplosion“ bezeichnete Ausgabendynamik im Gesundheitswesen einzudämmen und die daraus resultierende Gefährdung der Finanzierbarkeit der Krankenversicherungssysteme dauerhaft abzuwenden.

Veränderungen im Vergütungssystem der Ärzte haben sich nicht als hinreichend wirksames Korrektiv gegenüber den expansiv wirkenden Faktoren der medizinischen Versorgung erwiesen. So hat die globale Begrenzung der Honorarsumme der Ärzte in den vergangenen Jahren nur zu einer jeweils kurzfristig

wirksamen finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen. Eine dauerhafte Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung konnte damit jedoch nicht erreicht werden.

Dies resultiert daraus, daß Vergütungsregelungen generell bei gleichzeitig steigender Arztlzahl die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur unzureichend steuern können. Budgetierte ärztliche Vergütungen verstärken den Wettbewerb um die Patienten unter den Ärzten. Hierdurch wird unausweichlich eine Mengenausweitung der ärztlichen Leistungen hervorgerufen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion hat in seinem Jahresgutachten 1992 dargestellt, daß eine Begrenzung der Gesamtvergütung langfristig die negativen Folgen der Mengenausweitung nicht ausgleichen kann (Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 475, 486). Da bei steigender Arztlzahl und hierdurch erhöhtem Angebot tendenziell immer mehr Leistungen erbracht werden, sinkt der für die Berechnung der Einzelleistung entscheidende Punktwert. Um hieraus resultierende Einkommenseinbußen zu kompensieren, werden — aus der Sicht des einzelnen Arztes wirtschaftlich rational — von ihm noch mehr Leistungen erbracht. Durch die verstärkte ärztliche Tätigkeit steigt zwangsläufig auch der Umfang der veranlaßten Leistungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Diese Fehlentwicklung läßt sich durch restriktive Regelungen der ärztlichen Vergütung nicht aufhalten (vgl. Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 109).

Auch nachträgliche Steuerungsinstrumente, die sich darauf richten, die aus einer steigenden Arztlzahl resultierende Ausgabendynamik, durch Eindämmung der o.a. expansiven Faktoren zu dämpfen, können nur begrenzte Wirkungen erzielen. Die aus einer anhaltenden Steigerung der Zahl der Ärzte resultierende Gefährdung der finanziellen Stabilität der Gesundheitssicherungssysteme kann damit nicht abgewendet werden. Dies gilt insbesondere für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Die Prüfungen auf der Grundlage von Durchschnittswerten können nur diejenigen Ärzte erfassen, deren Leistungs- bzw. Verordnungsvolumina den Durchschnitt erheblich überschreiten. Die aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung entwickelte Praxis sieht vor, daß bei Ärzten, die den Durchschnittswert um ca. 50 % überschreiten, pauschale Honorarkürzungen bzw. Regresse vorgenommen werden. Bei Überschreitungen im Bereich von 20 bis 50 % sind Einzelprüfungen der Ärzte zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit durchzuführen. Dieser Nachweis ist häufig nicht oder nur mit einem erheblichen Prüfungsaufwand zu führen. Die eingeschränkte Bedeutung dieser Prüfungsart ergibt sich bereits aus dem zugrundeliegenden Maßstab des Durchschnittswertes selbst. Wenn das Leistungs- und Verordnungsvolumen aller Ärzte tendenziell ansteigt — das war in den vergangenen Jahren regelmäßig der Fall —, bleibt eine durchschnittsbezogene Prüfung ohne nachhaltige

Wirkung in bezug auf den Anstieg der Gesamtausgaben der Krankenkassen. Die durch das Gesundheitsreformgesetz zusätzlich eingeführten Stichprobenprüfungen für verordnete Leistungen können diese Funktionsdefizite der Durchschnittsprüfung nur partiell kompensieren. Da die Stichprobenprüfungen als umfassende Einzelfallprüfungen der gesamten Behandlungs- und Ordnungsweise der Ärzte konzipiert sind, kann jeweils nur ein relativ geringer Teil der Ärzte — nach geltendem Recht 2 % pro Quartal — in die Prüfung einbezogen werden. Die dargestellten grundsätzlichen Beschränkungen des Steuerungspotentials solcher Prüfungen werden durch diese Erweiterung des Instrumentariums nicht aufgehoben.

Auch die übrigen bereits geltenden oder in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung werden zwar spürbar zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen beitragen, sie können jedoch auf Dauer auch in ihrer Gesamtwirkung die mit einer weiter steigenden Zahl der Ärzte verbundene Ausgabenexpansion nicht kompensieren. Die konsequente Budgetierung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung im Gesundheits-Strukturgesetz rechtfertigt sich u. a. daraus, daß sich ab 1996 die strukturellen Wirkungen des vorgesehenen § 101 entfalten werden. Budgetierung und Beschränkung der Arztlzahlen stehen so in einem unauflösbaren Zusammenhang.

Zu Nummer 54 Buchstaben c und d (§ 103 Abs. 4 und 5)

Die Vorschrift enthält gegenüber der bisherigen Regelung in § 16 c der Zulassungsverordnung für Kassenärzte zusätzliche Kriterien für die Auswahl der Bewerber. Die bisherige Regelung in § 16 c der Zulassungsverordnung genügt nicht mehr den Anforderungen, die aufgrund der verschärften Bedarfsplanung an die Bewerberauswahl gestellt werden müssen. Der Zulassungsausschuß hat durch eine Bewertung der genannten Auswahlkriterien eine sachgerechte Entscheidung im Einzelfall vorzunehmen.

In Abweichung von der bisherigen Regelung ist in Satz 5 die Eigenschaft des Bewerbers als Ehegatte, Kind oder gemeinschaftlich tätiger Arzt nur noch als ein Auswahlkriterium aufgeführt. Es erscheint angesichts der zunehmenden Bedeutung des Nachbesetzungsverfahrens nicht mehr gerechtfertigt, bei den genannten Bewerbern wie bisher auf ein Ausschreibungsverfahren zu verzichten. Der Zulassungsausschuß muß auch in diesen Fällen alle maßgebenden Kriterien im Einzelfall gegeneinander abwägen.

Satz 6 trägt den schutzwürdigen Interessen des ausscheidenden Kassenarztes oder seiner Erben Rechnung. Es soll ausgeschlossen werden, daß sich durch die erhöhte Nachfrage nach Kassenpraxen und der mit der Praxisübernahme verbundenen Kassenzulassung der Kaufpreis für die Praxis ungerechtfertigt erhöht.

Zu den in Absatz 4 genannten Kriterien ist auch die Wartezeit bei der Entscheidung für die Auswahl des Bewerbers zu berücksichtigen.

Zu Nummer 55 (§ 104 Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aus der Neufassung der §§ 101, 102 und 103 Abs. 4 und 5.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 82 Abs. 1.

Zu Nummer 56 (§ 106)

Die Änderungen haben das Ziel, eine Kumulation von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte zu vermeiden und die Voraussetzungen für eine sachgerechte, Praxisbesonderheiten berücksichtigende Prüfungsweise zu verbessern. Durch die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse wird eine mehrfache Prüfung des Arztes/Zahnarztes wegen gleicher Sachverhalte von Krankenkassen verschiedener Kassenarten ausgeschlossen.

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden zu zwei Kategorien zusammengefaßt:

- Auffälligkeitsprüfungen werden durchgeführt, wenn der jeweils als Auffälligkeitskriterium zugrunde zu legende Wert überschritten wird: bei ärztlichen Leistungen der arztgruppenspezifische Durchschnittswert, bei ärztlich verordneten Leistungen der Durchschnittswert oder die Richtgröße nach § 84. Eine Kumulation von Durchschnitts- und Richtgrößenprüfungen bei verordneten Leistungen wird dadurch ausgeschlossen, daß bei Durchführung von Prüfungen nach Richtgrößen Durchschnittsprüfungen nicht vorgenommen werden.
- Zufälligkeitsprüfungen werden auf der Grundlage von Stichproben durchgeführt; diese können auch arztgruppenspezifisch gezogen werden. Eine Kumulation von Zufälligkeitsprüfungen wird durch die Einführung einer zweijährigen Karenzzeit ausgeschlossen.

Zu Buchstabe c

Der eingefügte Satz 3 bestimmt, daß der Zufälligkeitsprüfung arzt- und versichertenbezogene Leistungsdaten für den Zeitraum mindestens eines Jahres zugrunde zu legen sind; dadurch soll ein ausreichender Beurteilungszeitraum gewährleistet werden.

Die in Satz 7 getroffene Regelung erleichtert Sanktionen für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit.

Zu Buchstabe d

Klarstellende Folgeänderung zu den Änderungen der Absätze 1 bis 3.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Einleitung von Prüfungen soll durch das Recht der Verbände der Krankenkassen, Prüfanträge zu stellen, erleichtert werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Eine verbesserte Information des Arztes über die von ihm veranlaßten Leistungen und die damit verbundenen Kosten kann zu einer wirtschaftlicheren Verordnungsweise beitragen. Dadurch kann häufig die Einleitung von Prüfungsverfahren vermieden werden.

Zu Buchstabe f

Durch die Regelung soll sichergestellt werden, daß die Wirtschaftlichkeitsprüfungen möglichst effektiv im Sinne einer Begrenzung der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen wirken. Die nach § 84 Abs. 3 und 4 vereinbarten Richtgrößen können ihre Funktion als flankierende Steuerungsinstrumente zum Arzneimittelbudget oder als Alternative hierzu nur erfüllen, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen ohne Antragstellung durchzuführen sind und Klagen gegen Entscheidungen des Beschwerdeausschusses keine aufschiebende Wirkung haben. Die als Schwellenwerte für die Durchführung der Prüfungen bzw. die Erstattung des Mehraufwandes vorgesehenen Vomhundertsätze sollen gewährleisten, daß die angestrebte Begrenzung der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen erreicht wird.

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zu den Änderungen der Absätze 1 bis 3.

Zu Nummer 57 (§ 109)*Zu Buchstabe a*

Die Neuregelung sieht eine vertragliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages des einzelnen Krankenhauses — in Ergänzung des Krankenhausplanes — im Hinblick auf Bettenzahl und Leistungsstruktur vor.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folge der Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 11 zu Nummer 2).

Zu Nummer 58 (§ 110)

Die Kündigung von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen kann erfolgen, wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist. Die Kündigung wird mit der Genehmigung durch das Land wirksam. In der Vergangenheit sind nur wenige Kündigungen durch die Länder genehmigt worden. Die Änderungen erleichtern die Kündigung von Krankenhäusern durch die Krankenkassen ab 1993 im Hinblick auf das Genehmigungserfordernis.

Zu Buchstabe a

Nach § 110 können die Krankenkassen auch Versorgungsverträge mit Plankrankenhäusern kündigen. Die Voraussetzung, bei deren Vorliegen die zuständige Landesbehörde die Genehmigung einer Kündigung verweigern kann, wird dahin gehend eingengt, daß das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar sein muß.

Zu Buchstabe b

Die Fiktion soll für klare Verhältnisse sorgen, indem nach fruchtlosem Fristablauf der Schwebezustand beseitigt wird. Widerspricht das Land nicht, hat — nach allgemeinem Verwaltungsrecht — eine entsprechende Mitteilung über den Eintritt der Fiktion an den Krankenhausträger durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zu erfolgen. Den zuständigen Landesbehörden wird nahegelegt, innerhalb der angemessenen sechsmonatigen Prüfungsfrist zu entscheiden.

Zu Nummer 59 (§ 111)*Zu Buchstabe a*

Durch die Ergänzung der Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsvertrags wird klargestellt, daß neben der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung auch Bedarfsnotwendigkeit gegeben sein muß. Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags besteht nicht.

Zu Buchstabe b

Nach geltendem Recht haben die Landesverbände der Krankenkassen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde das Benehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrages herzustellen. In Anlehnung an die für die Krankenhausplanung in § 7 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Regelung wird nunmehr im Interesse einer verbesserten Abstimmung beider Versorgungsbereiche als stärkere Beteiligungsform das „Anstreben des Einvernehmens“ eingeführt.

Zu Nummer 60 (§ 112)

Die Regelung ergänzt den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Nummer 23) und erleichtert dessen Umsetzung. Der Katalog ist nicht abschließend.

Zu Nummer 61 (§ 113)*Zu Buchstabe a*

Bereits nach geltendem Recht können die Krankenkassen eine umfassende Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung auch außerhalb des Pflegesatzverfahrens durchführen lassen. Um Prüfungen zu erleichtern und das Verfahren praktikabler auszugestalten, soll die Schiedsstelle zeitnah entscheiden.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird die Unabhängigkeit des Prüfers von Weisungen betont.

Zu Nummer 62 (§ 115)

Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten zugunsten einer nahtlosen leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten durch Kassenärzte und Krankenhäuser sind mit wenigen Ausnahmen nicht zustande gekommen. Dies gilt insbesondere für Verträge über die Durchführung und Vergütung einer

zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.

Zu Buchstabe a

Die Grundsätze einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus werden nunmehr im Gesetz (§ 115 a) geregelt, insbesondere deren zeitliche Abgrenzung (§ 115 a Abs. 2). Die Selbstverwaltung bleibt ergänzend zuständig; Abweichungen von der Regelung in § 115 a Abs. 2 Satz 1 bis 3 sind zulässig.

Zu Buchstaben b und c

Im Interesse des Vorrangs der Selbstverwaltung wird klargestellt, daß die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung erst durch den Erlass einer Rechtsverordnung der Landesregierung entfällt.

Zu Nummer 63 (§§ 115 a und 115 b)

Die weitgehende Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung führt in vielen Fällen zu nicht notwendigen oder zu langen Krankenhausbehandlungen. Sie ist eine maßgebende strukturelle Ursache für Unwirtschaftlichkeit. Es ist allgemein anerkannt und durch Analysen auch des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung untermauert, daß im Krankenhaus im operativen sowie im vor- und nachstationären Bereich erhebliche Einsparungen möglich sind, wenn die vollstationäre Krankenhausbehandlung bei geeigneten Patienten auf das medizinisch notwendige Maß reduziert und die Krankenhausbehandlung im übrigen bei diesen Patienten vor- und nachstationär bzw. ambulant — d. h. in der Regel mit geringerem Sach- und Personalaufwand — erbracht wird. Die Regelungen in §§ 115 a und 115 b schaffen die erforderlichen Voraussetzungen.

Zu § 115 a

Dreiseitige Verträge über die „Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus“ (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V) sind nur in Bayern, Hessen und Niedersachsen zustande gekommen. Das vom Gesetzgeber in § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V angestrebte Ziel, eine vollstationäre Krankenhausbehandlung möglichst zu vermeiden oder zu verkürzen, ist somit bisher nur teilweise erreichbar.

Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase reduziert den Bedarf an Krankenhausbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung. Die vor- und nachstationäre Behandlung führt zu einer verminderten Nutzung der Betten und reduziert damit den Bettenbedarf.

Mit dem neuen § 115 a werden die Rahmenbedingungen geschaffen, die notwendig sind, um die Kosten-

vorteile der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus auszuschöpfen.

Zu Absatz 1

Die Regelung erlaubt dem Krankenhaus im Falle der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt, Versicherte in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) und im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Je nach den Erfordernissen des Einzelfalles kann Teilverpflegung gewährt werden.

Die vorstationäre Behandlung setzt erst nach der ärztlichen Einweisung in das Krankenhaus ein und kann deshalb nicht mehr dem Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden. Die nachstationäre Behandlung gehört noch nicht zu diesem Bereich, weil sie die unmittelbar vorangegangene vollstationäre Krankenhausbehandlung festigend ergänzt.

Zu Absatz 2

Während die vorstationäre Behandlung auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt ist, darf die nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten; im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt kann die 14-Tages-Frist in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden. Der Sicherstellungsauftrag durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bleibt unberührt. Die Befristung der vor- und nachstationären Behandlung stellt sicher, daß die ambulante vertragsärztliche Versorgung außerhalb des genannten Zeitraumes Vorrang hat.

Ist während der Phase der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus eine ärztliche Behandlung aufgrund einer anderen Indikation erforderlich oder eine Behandlung der zur Krankenhauseinweisung führenden Erkrankung aus zeitlichen (z. B. Notfall), räumlichen (z. B. weite Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort) oder anderen wichtigen Gründen außerhalb des Krankenhauses sinnvoll, kann diese Behandlung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte durchgeführt werden.

Die Zusammenarbeit des Krankenhausarztes mit dem einweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt im Anschluß an die vor- oder nachstationäre Behandlung soll insbesondere unnötige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermeiden.

Zu Absatz 3

Die Vereinbarung der Vergütung erfolgt auf Landesebene zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Das Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist im Hinblick auf das Erfordernis einer gedeihlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten anzustreben.

Die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung beinhaltet die im Einzelfall erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Leistungen (diagnostische und therapeutische Maßnahmen) und die Versorgung mit Arzneimitteln, jedoch nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Werden Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung als Wahlleistungen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte nach § 7 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung erbracht, gelten für deren Berechnung die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Die gleichzeitige Berechnung von Krankenhausleistungen und wahlärztlichen Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung ist nur möglich, wenn der Versicherte nachweislich zu einer stationären Behandlung eingewiesen wurde und die Kosten der erforderlichen Behandlung durch Reduzierung der vollstationären Behandlung zugunsten einer vor- und nachstationären Behandlung vermindert werden.

Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung ganz oder teilweise innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird die Vergütung auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde durch die Schiedsstelle nach § 18 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt; wegen der Bedeutung für das einzelne Krankenhaus erhält die Landesbehörde ein eigenständiges Anrufungsrecht.

Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhäuser zu beschließende Empfehlungen zur Vergütung gelten bis zu einer vertraglichen Regelung nach Satz 1. Die Empfehlungen sollen eine sofortige Einführung der vor- und nachstationären Behandlung auf einheitlicher Grundlage ermöglichen. Sie sind auch in der Folgezeit Grundlage für Vereinbarungen auf Landesebene.

Für die Bestimmung der Vergütung gilt auch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§§ 71, 141 Abs. 2 Satz 3).

Zu § 115 b

Die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus wird ausgebaut. Krankenhäuser dürfen derzeit grundsätzlich nicht ambulant operieren. Infolgedessen weichen sie auf die teure vollstationäre Behandlung aus, obwohl dies medizinisch aufgrund der Fortschritte im operativen Bereich vielfach nicht erforderlich ist. Im Interesse der Patienten und der Wirtschaftlichkeit werden die Krankenhäuser nun-

mehr zur ambulanten Durchführung von Operationen zugelassen. Die Patienten können das Krankenhaus unmittelbar, also ohne Einweisung, zur ambulanten Durchführung einer Operation aufsuchen. Der Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte wird sinnvoll ergänzt.

Zu Absatz 1

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren in einem dreiseitigen Vertrag einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, einheitliche Vergütungen der Operationen (einschließlich der notwendigen prä- und postoperativen Leistungen) und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Damit wird in einem wichtigen Bereich eine Verbindung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung geschaffen.

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen sicherstellen, daß nur solche Einrichtungen (Arztpraxen, Praxiskliniken und Krankenhäuser) ambulant operieren, die die fachlichen, personellen, räumlichen, organisatorischen und hygienischen Voraussetzungen erfüllen.

Zu Absatz 2

Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der im Katalog genannten Operationen zugelassen und können unmittelbar tätig werden. Einer Ermächtigung bedarf es nicht. Eine Mitteilung an die Krankenkassen auf Landesebene, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß gemäß § 96, in der sich das Krankenhaus zur Einhaltung des Vertrages der Selbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtet, ist ausreichend. Die Mitteilung ist erforderlich, da die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zulassungsausschuß zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Hinblick auf eine adäquate Versorgung der Versicherten über das Leistungsangebot der Krankenhäuser informiert sein müssen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Zulassungsausschüsse können diese Informationen u. a. bei der Erteilung von Ermächtigungen für Krankenhausärzte zum ambulanten Operieren und bei Zulassung von Schwerpunktpraxen für ambulantes Operieren berücksichtigen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben ihrerseits die Landeskrankhausgesellschaften über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf ambulantes Operieren zu unterrichten.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, daß die Kostenvorteile des ambulanten Operierens auch bei Untätigkeit bzw. Nichteinigung der Selbstverwaltungsorgane ausgeschöpft werden können. Eine Ersatzvornahme durch

Rechtsverordnung des Bundes kann erfolgen, wenn eine Vereinbarung der Selbstverwaltung nach Absatz 1 bis zum 31. März 1993 nicht zustande kommt.

Zu Absatz 4

Die Krankenhäuser sind zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage der im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Gebührennummern für zuschlagsfähige Operationen und Anästhesieleistungen berechtigt. In den Abschnitten B VI und VII des EBM (gemäß § 85 Abs. 3 a Satz 5; siehe zu Nummer 41 Buchstabe e) sind unter den jeweiligen Zuschlagsnummern die damit verbundenen zuschlagsfähigen Operations- und Anästhesieleistungen aufgelistet; in den Ländern geltende ergänzende Regelungen sind auch auf die Krankenhäuser entsprechend anzuwenden. Damit erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, bisher stationär versorgte Patienten gegen eine leistungsgerechte Vergütung ohne Unterkunft und Verpflegung zu operieren.

Die Vergütung des Krankenhauses richtet sich nach dem EBM mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen, wie sie auch für den niedergelassenen Bereich gültig sind. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

Den Krankenkassen obliegt die Prüfung der Plausibilität, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der abgerechneten Leistungen. Es handelt sich um Krankenhausbehandlung; deshalb gelten die Regelungen in § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und § 301 unmittelbar. Die Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf die Prüfung der sachlichen und personellen Voraussetzungen.

Zu Absatz 5

Die finanziellen Mittel zur Durchführung ambulanter Operationen durch Vertragsärzte werden in ein eigenständiges vertragsärztliches Budget eingebracht (siehe Artikel 1 zu Nummer 41). Erlöse der Krankenhäuser aus dem ambulanten Operieren werden während der Budgetierungsphase von 1993 bis 1995 auf das Krankenhausbudget angerechnet.

Es liegt in der Hand der Selbstverwaltung, ein gemeinsames Budget zu vereinbaren. Die genannten Spitzenverbände können Regelungen über einen gemeinsamen Honorartopf schaffen, der durch Mittel aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den Budgets der Krankenhäuser, die ambulant operieren, finanziert wird.

Sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Sektor existieren bereits heute ausreichende Kapazitäten. Damit künftig auch die Kapazitäten der Krankenhäuser gleichrangig genutzt werden können, sind Vereinbarungen über ein gemeinsames Budget sowohl im Interesse der Krankenhäuser als auch der niedergelassenen Ärzte.

Zu Nummer 64 (§ 122)

Die Vorschriften über die gemeinsame Großgeräteplanung für den ambulanten und den stationären Bereich (§§ 122, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9, Abs. 6 SGB V und § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) haben in der Praxis zu Unklarheiten hinsichtlich der Rechte und Pflichten der Beteiligten geführt. Der neu gefaßte § 122 enthält neben den erforderlichen Klarstellungen vor allem eine neue Regelungskompetenz des Bundes zur Aufstellung des Großgerätekataloges und zur Festlegung der Anhaltzahlen, ferner dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebot und dem Gesetzesvorbehalt in Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz entsprechende gesetzliche Planungskriterien sowie eine gesetzliche Regelung über die Mitnutzung von Geräten durch unberücksichtigt gebliebene Bewerber.

Für Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über den bedarfsgerechten wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 in der geltenden Fassung) ist kein Raum mehr (vgl. Artikel 1 zu Nummer 45 Buchstabe a). In der krankenhaushausfinanzierungsrechtlichen Planungsvorschrift des § 10 KHG entfällt nunmehr die dort genannte Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen (siehe Artikel 11 zu Nummer 5 Buchstabe a); § 10 KHG regelt somit im wesentlichen nur noch die Abstimmung zwischen Krankenhausträger und Land als Vorstufe zu einem Antrag des Krankenhausträgers nach § 122 (siehe Artikel 11 zu Nummer 5 Buchstabe b).

Eine integrierte, den ambulanten und stationären Sektor gleichermaßen umfassende verbindliche Bedarfs- und Standortplanung ist insbesondere für die diagnostisch eingesetzten Großgeräte von Bedeutung. Hier droht — noch weitaus stärker als bei den therapeutisch genutzten Geräten — die Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung.

Flankierend sind verbesserte Steuerungen im Vergütungsbereich erforderlich.

Zu Absatz 1

Ziel der Planung durch die Großgeräteausschüsse ist es, durch die Festlegung von Gerätestandorten eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zu erreichen.

Das Merkmal der Bedarfsgerechtigkeit hat neben der quantitativen eine qualitative Bedeutung. Der Bedarf ist nicht lediglich an der absoluten Zahl der erforderlichen Untersuchungen oder Behandlungen zu messen. Vielmehr gehört zur bedarfsgerechten Versorgung eine sachgerechte Aufteilung zwischen stationärem und ambulantem Sektor ebenso wie eine ausgewogene regionale Verteilung der Geräte.

Der Planung unterliegen auch geleaste oder mobile Großgeräte.

Zu Absatz 2

Der Bundesminister für Gesundheit wird ermächtigt, die abstimmungspflichtigen Großgeräte und Anhaltzahlen für die Planung (u. a. angemessene Relation zwischen Gerät und Einwohnerzahl sowie angemessene Zahl von Fällen zur wirtschaftlichen Auslastung) festzulegen. Dadurch soll eine von Land zu Land unterschiedliche Planungsgrundlage vermieden werden.

Großgerätekatalog und Anhaltzahlen müssen in gewissen Abständen überprüft und fortgeschrieben werden.

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung bestimmt der Großgeräteausschuß den Kreis derjenigen medizinisch-technischen Geräte, welche als Großgeräte in die Planung einzubeziehen sind. Herkömmlicherweise sind Großgeräte solche medizinisch-technischen Geräte, die angesichts außergewöhnlich hoher Investitionskosten bei gleichzeitig begrenzter Nutzungsmöglichkeit nicht in unbeschränkter Zahl wirtschaftlich betrieben werden können, also zur Wirtschaftlichkeit einen bestimmten Auslastungsgrad benötigen.

Der Großgeräteausschuß ist bis zum Erlaß einer Rechtsverordnung allein für die Festlegung von Anhaltzahlen zuständig. Der tatsächlich zu versorgende Bedarf in Form von Untersuchungen bzw. Behandlungen ist unter Zugrundelegung von Wirtschaftlichkeitskriterien in die Zahl der zur Leistungserbringung benötigten Großgeräte umzusetzen.

Zu Absatz 3

Die gesetzliche Regelung über die Bildung und Zusammensetzung der Großgeräteausschüsse ist inhaltlich unverändert geblieben.

Zu Absatz 4

Es wird klargestellt, daß ausschließlich die Großgeräteausschüsse auf Antrag eines Bewerbers für die Standortabstimmung zuständig sind (in jedem Einzelfall). Liegen mehrere Anträge vor, ist ein Auswahlverfahren durchzuführen.

Bei der Abstimmung im Ausschuß sind die in Satz 2 genannten Planungskriterien zu beachten, die das Ermessen des Großgeräteausschusses im Hinblick auf das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot und in Ergänzung zu der Regelung in Absatz 1 begrenzen.

Die Zuständigkeit des Großgeräteausschusses ist umfassend, soweit nicht die Rechtsverordnung nach Absatz 2 gilt. Die Großgeräteausschüsse können also z. B. ergänzende Bedarfskriterien aufstellen sowie ergänzend das Antrags- und Anhörungsverfahren regeln. Sie dürfen bei regionalen Besonderheiten eine von der Rechtsverordnung abweichende Regelung treffen; dies ist insbesondere im Hinblick auf die Anhaltzahlen aber auch im Hinblick auf eine Erweiterung des Großgerätekatalogs infolge neuer Gerätetypen von Bedeutung.

Reicht der Bedarf für eine wirtschaftliche Auslastung eines Krankenhausstandortes mit stationären Leistungen oder einer Praxis mit ambulanten Leistungen für sich allein nicht aus, kommt nur ein kooperativer Standort zwischen Krankenhaus und Praxis in Frage. Liegt zum Zeitpunkt der Abstimmung über einen Standort im Krankenhaus ein Antrag über eine kooperative Mitnutzung aus dem niedergelassenen Bereich nicht vor, ist die Standortzuweisung mit einer Bestimmung für eine spätere Mitnutzung zu versehen.

Angesichts der bereits vorhandenen hohen Großgerätedichte in der Bundesrepublik Deutschland werden künftig Kooperationsstandorte verstärkt ausgewiesen werden müssen, insbesondere zugunsten von Ärzten, die aufgrund der Standortplanung ein eigenes Großgerät nicht betreiben dürfen. Die Kontingentierung darf sich für die bei der Standortzuweisung nicht berücksichtigten Antragsteller nicht wie eine Beschränkung der Berufswahl auswirken.

Das Bundessozialgericht hat insoweit in seinem Urteil vom 14. Mai 1992 (6 RKa 41/91) im Hinblick auf das Grundrecht aus Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz u. a. ausgeführt (S. 30 ff.): „Nicht tragbar ist jedenfalls eine Regelung, die allein denjenigen Ärzten, denen für ihre Praxis ein Gerätestandort zugeteilt wird, die Nutzung ermöglicht, die übrigen Angehörigen des Fachgebiets aber davon ausschließt. Für letztere hätte das, insbesondere bei Geräten, die einen nicht unerheblichen Teil des fachgebietstypischen Leistungsspektrums abdecken, zur Folge, daß sie gegenüber ihren zum Gerätebetrieb zugelassenen Kollegen einen entscheidenden Wettbewerbsnachteil hinnehmen müßten, der ihre eigene gebietsärztliche Tätigkeit auf lange Sicht entwerten und Berufsanfängern ohne Aussicht auf einen Zugang zu der entsprechenden Technik die Niederlassung praktisch verwehren würde. Eine solche Gestaltung wäre — unabhängig vom Ergebnis der anzustellenden Güterabwägung — mit Artikel 12 Abs. 1 GG schon deshalb nicht vereinbar, weil sie zur Erreichung des Planungszwecks nicht erforderlich ist. Es ist nämlich kein Grund ersichtlich, warum zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit medizinisch-technischen Großgeräten neben der Gerätezahl (Zahl der Gerätestandorte) auch die Zahl der zugangsberechtigten Ärzte begrenzt werden müßte. Daß bei einer Gerätenutzung durch mehrere Leistungserbringer der einzelne Arzt Einschränkungen hinnehmen muß, liegt in der Natur der Sache und ist als solches nicht unzumutbar. Für den kooperationswilligen Arzt muß der Zugang zu einem für seine gebietsärztlichen Leistungen benötigten, genehmigten Gerät erreichbar sein, was voraussetzt, daß ihm ein gegenüber dem Gerätebetreiber rechtlich durchsetzbarer Anspruch auf Mitbenutzung eingeräumt wird.“

Diesen verfassungsrechtlichen Erfordernissen wird durch Satz 4 des Absatzes 4 Rechnung getragen. Um einen gleichmäßigen Zugang zur Großgerätenutzung sicherzustellen, kann der Großgeräteausschuß mit der Standortzuweisung die Bestimmung verbinden, daß die Mitnutzung durch andere Antragsteller im Rahmen der vorhandenen Nutzungsmöglichkeiten zu gestatten ist.

Diese Regelung gilt nicht nur für den Fall, daß mit einer positiven Standortentscheidung zugleich die Pflicht verknüpft wird, einen anderen an der Nutzung angemessen und in zumutbarer Weise im Rahmen der vorhandenen Nutzungsmöglichkeiten zu beteiligen. Eine Kooperationsbestimmung nach Satz 4 kann auch nachträglich erfolgen, z. B. bei einer anstehenden Ersatzbeschaffung, um sachlich nicht gerechtfertigte Privilegierungen zu vermeiden und einen möglichst gleichmäßigen Zugang der an einer Gerätenutzung interessierten Ärzte zu gewährleisten (vgl. BSG, a. a. O., S. 33). Angesichts der großen Zahl plangerecht betriebener Geräte bei einer ebenfalls großen Zahl abgewiesener Antragsteller ist ein Mitnutzungsanspruch in der Regel nur durchsetzbar durch die nachträgliche Anordnung einer Mitbenutzung für bereits zugelassene Geräte. Dies erfordert einen Eingriff in das Nutzungsrecht auch der Betreiber, die im Besitze einer ausschließlichen Nutzungsbefugnis sind. Im Rahmen der erforderlichen Güterabwägung ist der Eingriff in die Rechte des Betreibers grundsätzlich von geringerer Intensität als der völlige Ausschluß eines neuen Antragstellers von einer Gerätenutzung. Der Betreiber ist auch im Falle einer nachträglichen Bestimmung über eine Mitnutzung in seinen Rechten nicht substantiell beeinträchtigt.

Die vom Großgeräteausschuß vorgenommene „Abstimmung“ entfaltet im Verhältnis zu Ärzten und Krankenhausträgern als Antragstellern noch keine unmittelbaren Rechtswirkungen. Die Abstimmung ist selbst noch kein Verwaltungsakt. Dementsprechend muß auch die Bestimmung einer Mitnutzung nach Absatz 4 Satz 4 noch im Wege einer entsprechenden Auflage gegenüber dem Betreiber durch die in Absatz 5 genannten Beteiligten umgesetzt werden.

Zu Absatz 5

Es wird nunmehr klargestellt, daß das interne Abstimmungsergebnis des Großgeräteausschusses für den zuständigen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 90) als Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung im niedergelassenen Bereich bzw. für die zuständige Landesbehörde verbindlich und von ihnen durch Verwaltungsakt jeweils gegenüber den Antragstellern umzusetzen ist. Entsprechendes gilt im Hinblick auf eine staatliche Ersatzentscheidung nach Absatz 4 Satz 5. Die Zuständigkeit für den Erlaß eines Verwaltungsaktes richtet sich danach, ob das Großgerät durch einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus betrieben werden soll bzw. bereits betrieben wird.

Hat der Großgeräteausschuß nach Absatz 4 Satz 4 nachträglich mit der Standortzuweisung die Bestimmung verbunden, daß die Mitnutzung durch einen anderen Antragsteller zu gestatten ist, hat die zuständige Landesbehörde bzw. der zuständige Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine entsprechende Auflage zu erlassen. Insoweit handelt es sich um den teilweisen Widerruf eines rechtmäßigen begünstigenden Verwaltungsaktes auf der Rechtsgrundlage der Sonderregelung in Absatz 4 Satz 4 (vgl. § 47 SGB X in Verbindung mit § 37 SGB I).

In Betracht kommt auch ein Vorbehalt der nachträglichen Aufnahme, Änderung oder Ergänzung einer Auflage, durch die dem begünstigten Betreiber die Gestattung der Mitnutzung vorgeschrieben wird.

Die Durchsetzung einer Auflage zur Mitnutzung richtet sich nach § 47 Abs. 1 Nr. 2 SGB X. Danach darf ein rechtmäßiger begünstigender Verwaltungsakt ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit mit dem Verwaltungsakt — auch nachträglich — eine Auflage verbunden ist und der Begünstigte diese nicht oder nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist erfüllt hat.

Der Verwaltungsakt nach Absatz 5 unterliegt der gerichtlichen Anfechtung durch den abgewiesenen antragstellenden Krankenhausträger oder antragstellenden Arzt. Auf der Grundlage dieses Klagerechts ist die Planung des Großgeräteausschusses voll gerichtlich überprüfbar. Dies gilt auch für den Fall, daß der Großgeräteausschuß die Bestimmung einer Mitnutzung nach Absatz 4 Satz 4 abgelehnt und der Antragsteller demzufolge einen ablehnenden Bescheid nach Absatz 5 erhalten hat.

Zu Nummer 65 (§ 127)

Die Vorschrift ist neu. Sie ermöglicht den Krankenkassen, Preisvergleiche bei teuren und/oder häufig abgegebenen Hilfsmitteln durchzuführen und die Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, zum Festbetrag zu liefern, zu informieren. Satz 2 stellt klar, daß die Krankenkassen Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen können. Preisvergleiche erleichtern den Krankenkassen den Abschluß von Preisvereinbarungen mit preisgünstigen Leistungserbringern. Darüber hinaus verschafft die Regelung den Versicherten die erforderliche Markttransparenz, um preisgünstige Hilfsmittel in Anspruch nehmen zu können. Ohne diese Marktkenntnisse, die sich der Versicherte durch persönliche Suchprozesse kaum verschaffen kann, ist eine preisbewußte Inanspruchnahme der Versicherten, zu der sie gesetzlich verpflichtet sind (§§ 2 und 12), nur schwer möglich. Die Krankenkassen können auch den verordnenden Vertragsärzten Preisvergleichslisten zur Verfügung stellen, um eine preisgünstige Verordnung von Hilfsmitteln zu ermöglichen.

Zu Nummer 66 (§ 129)

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 92 a Abs. 8 treten die Bestimmungen über die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen außer Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

Zu Nummer 67 (§ 131)

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 92a Abs. 8 treten die Bestimmungen zur Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen außer Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 5).

Zu Nummer 68 (§ 135)

Die Vorschrift verlängert die Gewährleistungsfrist für Versorgungsmittel mit Zahnersatz auf mindestens zwei Jahre. Gleichzeitig wird eine zweijährige Gewährleistungsfrist für Füllungen eingeführt. Bei sorgfältiger zahnärztlicher Arbeit muß grundsätzlich von einer mindestens zweijährigen Haltbarkeit von Füllungen und Zahnersatz ausgegangen werden. Die Beseitigung von Mängeln innerhalb des Zeitraumes von zwei Jahren darf Krankenkassen und Versicherten grundsätzlich nicht in Rechnung gestellt werden. Notwendige Ausnahmen von der Gewährleistung bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen. Hierzu zählen Wiederholungsleistungen bei Milchzahnfüllungen, bei systemischen Erkrankungen, bei Folgebehandlungen im Rahmen einer Caries-Profunda-Therapie, bei Unfällen und bei Behandlerwechsel. In Zweifelsfällen muß die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachterverfahren einleiten. Die Kosten des Verfahrens trägt der Zahnarzt nur in den Fällen, in denen der Mangel ihm anzulasten ist.

Zahnärzten wird darüber hinaus die Möglichkeit gegeben, ihren Patienten eine längere Gewährleistung einzuräumen. Dies kann durch Verträge zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen oder durch Einzel- oder Gruppenverträge zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen sind berechtigt, hierfür Vergütungszuschläge zu gewähren. Diese dürfen die Versicherten nicht belasten, d. h. den Eigenanteil nicht erhöhen. Zahnärzte können die Einräumung längerer Gewährleistungsfristen ihren Patienten bekanntmachen.

Von diesen Änderungen ist eine qualitätssteigernde Wirkung zu erwarten. Gleichzeitig ist die Vorschrift notwendig, um für Zahnärzte, die ihren Patienten freiwillig und verschuldensunabhängig eine längere Garantie einräumen, Rechtssicherheit zu schaffen.

Zu Nummer 69 (§ 135a)

Die Neuregelung zur Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen schließt eine Gesetzeslücke. Sie entspricht der geltenden Regelung in § 137 für den stationären Bereich. Auch für die ambulanten erbrachten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sind Richtlinien zur Qualitätssicherung zu entwickeln und von den Leistungserbringern anzuwenden.

Zu Nummer 70 (§ 137)

Die Beteiligung der Ärztekammern und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe erfolgt im Hinblick auf deren Mitverantwortung für die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 71 (§ 140)

Die bisherige Regelung wird dahin ergänzt, daß die Krankenkassen oder ihre Verbände auch im Falle des § 72a Eigenrichtungen schaffen können.

Zu Nummer 72 (§ 141)*Zu Buchstabe a*

Mit der Ergänzung wird klargestellt, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (z. B. Leistungen nach §§ 22 und 25 SGB V) nicht verhindert, die zwar bei Beginn ihrer Einführung kostensteigernd wirken, aber insbesondere mittelfristig ausgabensenkende Wirkung haben können. Dieser Zusammenhang ist vor allem im Bereich zahnmedizinischer Vorsorge und dadurch bedingter späterer Einsparungen im prothetischen Bereich durch zahlreiche Untersuchungen belegt.

Zu Buchstabe b

Die Einbeziehung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung sowie des Bundesministers für Familie und Senioren ist wegen der Bedeutung der Konzentrierten Aktion für die Bereiche Sozialversicherung und Arbeitsmarkt einerseits sowie die Berufe der Kranken- und Altenpflege andererseits geboten. Die Ergänzung in Satz 3 eröffnet dem Bundesminister für Gesundheit die Möglichkeit, über den in Satz 1 genannten Teilnehmerkreis hinaus weitere Verbände, deren Interessen von den Sitzungen der Konzentrierten Aktion betroffen sind, jeweils beratend hinzuzuziehen.

Zu Nummer 73 (§ 143)

Absatz 1 regelt die regionale Gliederung von Ortskrankenkassen. Bezugsebene der Gliederung ist nicht der Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises, sondern die Region. Die Abgrenzung der Region kann nach Raumordnungsgesichtspunkten, volks- oder betriebswirtschaftlichen Kriterien erfolgen. Die Regelung trägt somit dem Bestreben nach größeren Verwaltungseinheiten Rechnung, die langfristig ein wirtschaftlicheres Verwaltungshandeln gewährleisten.

Absatz 2 regelt Näheres zur Abgrenzung der Region. Insbesondere in den Flächenstaaten erscheint die Gleichsetzung des Landes mit der Region nicht immer zwingend, da die hierdurch entstehenden Organisationseinheiten zu groß sein können. Aus diesem Grund

und wegen der unterschiedlichen Struktur der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik ist die Abgrenzung der Regionen Aufgabe der Länder.

Absatz 3 regelt das Verfahren der Abgrenzung einer Region, die sich über die Grenze eines Landes hinaus erstreckt. Da sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht an den vorgegebenen Landesgrenzen orientiert, kann es sinnvoll sein, wenn die Region über die Grenze eines Landes hinausreicht. Die Gesundheitseinrichtungen insbesondere der Stadtstaaten werden in hohem Maße von den Versicherten der umliegenden Länder genutzt. Die Regelung trägt deshalb vor allem auch den Bedürfnissen der Stadtstaaten Rechnung.

Zu Nummer 74 (§ 144)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Neuregelung des Selbstverwaltungsrechts (§ 31 Abs. 3 a SGB IV).

Zu Buchstabe b

Für die Genehmigung der Vereinigung von Ortskrankenkassen sind nach bisherigem Recht die Aufsichtsbehörden zuständig, die nach der Vereinigung zuständig werden. Wenn sich der Bezirk der vereinigten Krankenkasse nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, bleibt es bei der bisherigen Zuständigkeit. Erstreckt sich der neue Bezirk über das Gebiet eines Landes hinaus, geht die Zuständigkeit für die Genehmigung künftig von der Bundesbehörde auf die Landesbehörde über. Dadurch wird der Regelung nach Artikel 30 und 83 GG, die grundsätzlich den Ländern die Verwaltungskompetenzen zuweist, besser Rechnung getragen.

Zu Nummer 75 (§ 145)

Die bisherige Regelung ist nicht genutzt worden. Durch die Neuregelung werden Vereinigungen von Ortskrankenkassen erleichtert. Die Regelung trägt zu mehr Beitragsgerechtigkeit und zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten bei.

Zu Absatz 1

Die Regelung erleichtert die Möglichkeit der Vereinigung von Ortskrankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung. Durch die Streichung der bisherigen Nummer 3 wird eine Vereinigung bereits vor Ablauf von zwölf Monaten nach Antragstellung möglich.

Die Leistungsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkassen wird insbesondere dann verbessert, wenn die Aufgaben der beteiligten Krankenkassen durch die Vereinigung (z. B. durch Rationalisierungen in der Verwaltung) wirtschaftlicher wahrgenommen werden können. Auch eine Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkassen zu einer in der Region konkurrierenden Kasse stärkt die Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen. Sind die Voraussetzungen nach Nummer 1 erfüllt, ist eine Überschreitung der Schwellenwerte nach Nummer 2 nicht mehr erforderlich.

Die bisherigen Voraussetzungen für eine Kassenvereinigung nach Nummern 1 und 2 (alt) haben sich nicht bewährt, weil der Bedarfssatzschwellenwert von 12,5 % in Ländern mit überwiegend ungünstiger Finanzsituation bei den Kassen zu hoch war. Auch das Erfordernis eines vorherigen Finanzausgleichs nach Nummer 2 (alt) ist nicht zweckmäßig, wenn die Leistungsfähigkeit auch durch die Kassenvereinigung verbessert werden kann. Die Änderung verringert deshalb den Bedarfssatzschwellenwert auf 5 %.

Zu Absatz 2

Die Regelung verpflichtet die Landesregierung zur Vereinigung von Ortskrankenkassen, wenn mindestens eine der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegt und Bemühungen um eine freiwillige Vereinigung erfolglos bleiben. Die Frist von zwölf Monaten beginnt mit dem Tage des Antrags nach Absatz 1.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht dem bisherigen Absatz 2. Sie wird an die Neuregelung des Risikostrukturausgleichs nach § 266 angepaßt.

Zu Nummer 76 (§ 146a)

Die Vorschrift ermöglicht die Schließung einer Ortskrankenkasse durch die Aufsichtsbehörde. Die Regelung ergänzt die Einführung umfassender Kassenwahlrechte für alle Versicherten. Die bisherige Trennung von Primär- und Wahlkassen ist durch die Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Krankenkassen aufgehoben. Die Ortskrankenkassen nehmen eine Funktion als Basis- oder Auffangkrankenkasse in der Regel nicht mehr wahr. Sie stehen ebenso wie die übrigen Krankenkassen in einem gleichberechtigten Wettbewerb um Mitglieder. Dies macht eine Angleichung der Wettbewerbsbedingungen auch für den Fall notwendig, daß eine Ortskrankenkasse dem Wettbewerb nicht standhält und ihre Leistungsfähigkeit verliert. Für die Abwicklung der Geschäfte, die Haftung für Verpflichtungen und die Rechtsfolgen für Dienstordnungsangestellte gelten §§ 164 und 155 entsprechend.

Zu Nummer 77 (§ 147)*Zu Buchstabe a**Zu Doppelbuchstabe aa*

Bisher konnte ein Arbeitgeber eine Betriebskrankenkasse für einen oder mehrere Betriebe errichten, wenn unter anderem in diesen Betrieben mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt waren. Durch die Anhebung dieser Mindestvoraussetzung auf 1 000 soll verhindert werden, daß zu kleine Solidargemeinschaften gebildet werden, die nicht die Gewähr für einen dauerhaften Risikoausgleich innerhalb der Versicherungsgemeinschaft bieten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Eine Betriebskrankenkasse darf nach geltendem Recht nicht gegründet werden, wenn die Leistungsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkasse dadurch gefährdet wird. Die zwischenzeitlich von der Rechtsprechung gegebene Antwort, ab wann eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkasse vorliegt, wird als Legaldefinition ins Sozialgesetzbuch übernommen.

Zu Buchstabe b

Mit Wegfall der gesetzlichen Zuweisung pflichtversicherter Betriebsangehöriger zur Betriebskrankenkasse wird dem Arbeitgeber ab 1996 das Recht eingeräumt, bei der Errichtung einer Betriebskrankenkasse zu entscheiden, ob er das Personal anstellen und die Kosten tragen will oder ob die Personalaufwendungen — wie bei allen anderen Krankenkassen — durch die Betriebskrankenkasse aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden soll.

Bei bereits bestehenden Betriebskrankenkassen kann sich der Arbeitgeber ebenfalls durch einseitige Willenserklärung bis zum 31. März 1996 von seiner Zahlungsverpflichtung befreien. Lehnt er die weitere Übernahme der Personalkosten ab, geht das Personal spätestens nach Ablauf von drei Jahren auf die Betriebskrankenkasse über. Sie wird Arbeitgeber. Eine Kostenerstattung der Krankenkasse an den Arbeitgeber ohne Personalhoheit würde bedeuten, daß allein der Arbeitgeber das Dispositionsrecht über Anzahl und Vergütung der Beschäftigten hätte. Die Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung der Krankenkasse könnten darauf keinen Einfluß nehmen, obwohl sie über die Beiträge die Kosten zur Hälfte mittragen müssen.

Da die Beschäftigten dem Übergang zustimmen müssen, hätte ein sofortiger Personalübergang zur Folge, daß bei einer Ablehnung durch die Betroffenen die Arbeitsfähigkeit der Betriebskrankenkasse nicht mehr gegeben wäre. Deshalb wird eine höchstens drei Jahre dauernde Übergangsfrist eingeführt. Neue Arbeitsverhältnisse können jedoch nur mit der Betriebskrankenkasse eingegangen werden. Nach Ablauf der Übergangsfrist dürfen in der Betriebskrankenkasse auf Kosten der Beitragszahler nur noch

Personen beschäftigt werden, die der Personalhoheit des Vorstandes der Betriebskrankenkasse unterstehen.

Sofern sich die Betriebskrankenkasse für Betriebsfremde öffnet, kann dem Arbeitgeber nicht zugemutet werden, die Personalkosten auch für die Betreuung der nicht in seinem Betrieb Beschäftigten allein zu tragen. In diesem Fall wird ihm in Satz 10 ein erneutes Dispositionsrecht eingeräumt. Die Erklärungsfristen und die Fristen für den Personalübergang geltend entsprechend.

Zu Nummer 78 (§ 148)*Zu Buchstabe a*

Folgeänderung zur Neuregelung in § 147 Abs. 1 Nr. 1

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung soll die Errichtung einer Betriebskrankenkasse nicht von der Zustimmung der Mehrheit der abstimmenden Arbeitnehmer, sondern von der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten abhängig gemacht werden. Hierzu gehören auch Arbeitnehmer, die noch nicht volljährig sind, und Auszubildende. Die demokratische Legitimierung einer BKK-Errichtung erfolgt damit auf einer breiteren, von der Gesamtbelegschaft getragenen Basis. Die Regelung berücksichtigt, daß von einer BKK-Errichtung die gesamte Belegschaft finanziell betroffen sein kann. Das gilt auch für Personen, die der Betriebskrankenkasse nach der Errichtung nicht angehören können, weil die BKK-Errichtung auch Auswirkungen auf den Beitragszuschuß des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 2 SGB V haben kann. Nicht abstimmungsberechtigt sind Personen, die zum Zeitpunkt der BKK-Errichtung nicht mehr Beschäftigte des Betriebes sind und bei denen dies bei der Abstimmung bekannt ist.

Zu Nummer 79 (§ 149)

Folgeänderung zur Streichung des § 147 Abs. 1 Nr. 3, die am 1. Januar 1996 in Kraft tritt (vgl. Artikel 2 Nr. 3 in Verbindung mit Artikel 33 Abs. 4).

Zu Nummer 80 (§ 150)*Zu Absatz 1*

Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber konnten bislang nur vereinigt werden, wenn die Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bildeten. Mit dem Wegfall dieser Voraussetzungen können unabhängig von Betriebs- oder Arbeitgeberverflechtungen Betriebskrankenkassen zu größeren, leistungsfähigeren Solidargemeinschaften vereinigt werden. Dies trägt auch den wettbewerblichen Herausforderungen Rechnung, die als Folge der Neure-

gelung des Kassenwahlrechts (§§ 173 ff.) und des Risikostrukturausgleichs (§ 266) auf die Krankenkassen zukommen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift überträgt die für Orts- und Innungskrankenkassen und Ersatzkassen geltenden Vereinigungsregelungen (§§ 145, 146) auch auf Betriebskrankenkassen. Die Regelung gilt jedoch nur, wenn die Betriebskrankenkassen durch Satzungsregelung für alle Versicherten wählbar geworden sind (§ 173 Abs. 2 Nr. 4). In diesem Fall entsteht ein gleichberechtigter Wettbewerb um Mitglieder zwischen allen Kassenarten. Aus diesem Grunde müssen auch die Anforderungen an die organisatorische Leistungsfähigkeit der Krankenkassen nach einheitlichen Grundsätzen geregelt werden. Wenn die Leistungsfähigkeit der für alle Versicherten wählbaren Betriebskrankenkasse durch eine Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen verbessert werden kann oder der Bedarfssatzschwellenwert nach § 145 Abs. 1 Nr. 2 überschritten wird, kann die betroffene Betriebskrankenkasse oder der Landesverband die Vereinigung mit anderen Betriebskrankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung beantragen. Bei bundesunmittelbaren Krankenkassen ist der Bundesminister für Gesundheit für die Rechtsverordnung zuständig.

Zu Nummer 81 (§ 151)

Das Recht eines Arbeitgebers, aus einer vereinigten Betriebskrankenkasse auszuschneiden, wird begrenzt. Es entfällt, wenn die Satzung der Betriebskrankenkasse ein allgemeines Kassenwahlrecht vorsieht. Damit wird der ab 1996 geltenden Möglichkeit, allgemeine Kassenwahlrechte durch Satzungsregelung einzuführen, Rechnung getragen. Nach Einführung eines allgemeinen Kassenwahlrechts durch Satzungsregelung kann das Ausscheiden eines Arbeitgebers aus einer Betriebskrankenkasse zu einer unvermeidbaren Schwächung der neu gebildeten Solidargemeinschaft führen. Auch mit dem Ziel, die Wettbewerbsbedingungen der Kassenarten einander anzugleichen, wäre die für Betriebskrankenkassen geltende Sonderregelung nach Einführung des Satzungswahlrechts nicht mehr vereinbar.

Zu Nummer 82 (§ 152)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu § 31 Abs. 3a SGB IV.

Zu Buchstabe b

Die Auflösung einer Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers soll nicht mehr ermöglicht werden, wenn die Betriebskrankenkasse durch Satzungsregelung für alle Versicherten wählbar geworden ist. Mit einer solchen Öffnung übernimmt die Betriebskran-

kenkasse eine über den Betriebsbezug hinausreichende gesundheits- und sozialpolitische Verantwortung. Auch mit dem Ziel, die Wettbewerbsbedingungen der Kassenarten einander anzugleichen, wäre ein auf einzelne Kassenarten begrenztes Auflösungsrecht nicht vereinbar. Ebenso wie bei den übrigen Kassenarten ist die Schließung einer für alle Versicherten wählbaren Betriebskrankenkasse nur noch durch die Aufsichtsbehörde unter den gesetzlichen Voraussetzungen (§ 153) möglich. Eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit kann außerdem durch Vereinigungen von Betriebskrankenkassen (§ 150) vermieden werden.

Zu Nummer 83 (§ 153 Nr. 1)

Die Vorschrift wird an die geänderten Kassenwahlrechte der Versicherten (§§ 173 ff.) angepaßt. Ist die Betriebskrankenkasse nach der Satzungsregelung für alle Versicherten wählbar, kann die Schließung des ursprünglichen Trägerbetriebes kein sachgerechter Grund für die Schließung der Betriebskrankenkasse mehr sein.

Zu Nummer 84 (§ 154)

Das bisherige Recht sah bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse die Auseinandersetzung mit der „Nachfolgekrankenkasse“ über das Vermögen vor. Nach Einführung umfassender Kassenwahlrechte der Versicherten werden die Versicherten bei Auflösung oder Schließung ihrer bisherigen Betriebskrankenkasse verschiedene andere Krankenkassen wählen. Der Übergang aller Mitglieder zu einer bestimmten „Nachfolgekrankenkasse“ ist mit der Neuregelung der Kassenwahlrechte nicht mehr vereinbar. Deshalb ist auch eine Auseinandersetzung über das Vermögen nicht mehr möglich. Nach Abwicklung der Geschäfte verbleibendes Vermögen oder Verbindlichkeiten gehen auf den Verband über (§ 155 Abs. 3).

Zu Nummer 85 (§ 155)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift paßt die bisherige Regelung über die Aufteilung von nach einer BKK-Auflösung oder -Schließung noch verbleibendem Vermögen an die Neuregelung der Kassenwahlrechte der Versicherten an (vgl. auch Begründung zu § 154).

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift paßt die bisherige Regelung über die Aufteilung von nach einer BKK-Auflösung oder -Schließung noch verbleibenden Verbindlichkeiten an die Neuregelung der Kassenwahlrechte der Versicherten an. Wenn eine Betriebskrankenkasse nach der Satzungsregelung für alle Versicherten wählbar ist (§ 173 Abs. 2 Nr. 4), kann der ursprüngliche

Trägerbetrieb nicht mehr für verbleibende Verbindlichkeiten in Anspruch genommen werden. Die Haftung geht in diesem Fall auf den Landes- oder Bundesverband über.

Zu Nummer 86 (§ 156)

Anpassung an die Änderung in § 155 Abs. 4.

Zu Nummer 87 (§ 157)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift paßt die Voraussetzungen für die Errichtung einer Innungskrankenkasse an die entsprechende Regelung für Betriebskrankenkassen (§ 147 Abs. 1 Nr. 1) an.

Zu Buchstaben b und c

Folgeänderungen zur Änderung in Artikel 2 Nr. 3 (Streichung des § 147 Abs. 1 Nr. 3).

Zu Nummer 88 (§ 158)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung in § 157 Abs. 2 Nr. 1.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift paßt die Voraussetzungen für die Gründungen von Innungskrankenkassen an die entsprechende Regelung für Betriebskrankenkassen (§ 148 Abs. 2) an. Um dem organisatorischen Anpassungsbedarf Rechnung zu tragen, tritt die Neuregelung abweichend von § 148 Abs. 2 (neu) erst am 1. Januar 1996 in Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 4).

Zu Nummer 89 (§ 159)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Neuregelung in § 158 Abs. 2.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Neuregelung in § 157 Abs. 2 Nr. 1.

Zu Buchstabe c

Für die Genehmigung der Ausdehnung einer Innungskrankenkasse sollen die Aufsichtsbehörden zuständig sein, die auch vor der Ausdehnung zuständig waren. Damit geht die Zuständigkeit bei Ausdehnungen, die sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstrecken, auf die Landesbehörden über.

nungen, die sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstrecken, auf die Landesbehörden über.

Zu Nummer 90 (§ 160)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des Selbstverwaltungsrechts in § 31 Abs. 3 a SGB IV.

Zu Buchstabe b

Für die Genehmigung der Vereinigung von Innungskrankenkassen sollen die Aufsichtsbehörden zuständig sein, die auch vor der Vereinigung zuständig waren. Damit geht die Zuständigkeit bei Vereinigungen, die sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstrecken, auf die Landesbehörden über.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung wird die Regelung über die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung an die Änderungen des § 145 angepaßt.

Zu Nummer 91 (§ 161)

Die Regelung über das Ausscheiden einer Handwerksinnung aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse wird an die Änderung der entsprechenden Regelung für Betriebskrankenkassen angepaßt (vgl. Begründung zu § 151).

Zu Nummer 92 (§ 162)

Zu Buchstabe a

Die Regelung wird an die Änderungen im Selbstverwaltungsrecht angepaßt (vgl. § 31 Abs. 3 a SGB IV).

Zu Buchstabe b

Die Regelung über die Auflösung einer Innungskrankenkasse auf Antrag der Innungsversammlung wird an die Änderung der entsprechenden Regelung für Betriebskrankenkassen angepaßt (vgl. Begründung zu § 152).

Zu Nummer 93 (§ 163)

Die Regelung über die Schließung einer Innungskrankenkasse wird an die Änderung der entsprechenden Regelung für Betriebskrankenkassen angepaßt (vgl. Begründung zu § 153).

Zu Nummer 94 (§ 164)

Die Regelung über die Auseinandersetzung über Vermögen und Verbindlichkeiten aufgelöster oder geschlossener Innungskrankenkassen wird an die Änderung der entsprechenden Regelung für Betriebskrankenkassen angepaßt (vgl. Begründung zu § 155).

Zu Nummer 95 (§ 168)

In Absatz 1 wird die Bestimmung des Ersatzkassenbegriffs an das ab 1996 geltende Kassenwahlrecht (§§ 173ff.) angepaßt. Die Begriffsbestimmung trägt der Neuregelung Rechnung, nach der Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft auch bei anderen Kassenarten ab 1996 nicht mehr durch Zuweisung Kraft Gesetzes sondern — wie bisher bei Ersatzkassen — durch Ausübung des Wahlrechts erlangen.

Absatz 2 regelt die Zugangsmöglichkeiten zu Ersatzkassen für alle Mitglieder unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe und unabhängig davon, ob sie als Angestellte oder als Arbeiter beschäftigt sind. Hierdurch wird die im Arbeitsrecht sich abzeichnende rechtliche Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung verwirklicht. In Zukunft stehen Arbeitern und Angestellten alle Ersatzkassen offen. Dies führt auch zu einer Angleichung der Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen den Kassenarten.

Die Regelung stellt einen verfassungsrechtlich zulässigen Einschnitt in die bisherige berufsständisch orientierte Struktur der Ersatzkassen dar. Weder aus dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 I GG) noch aus den ausdrücklich auf die Sozialversicherung bezugnehmenden Kompetenz- und Organisationsnormen des Grundgesetzes (Artikel 74 Nr. 12, Artikel 87 II GG) läßt sich ein Bestandsschutz für bestehende Organisationsprinzipien im gegliederten System ableiten. Der verfassungsrechtlich zulässige Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers wird nicht überschritten.

Absatz 3 schafft für regional zuständige Ersatzkassen die Möglichkeit, ihren Zuständigkeitsbereich zu erweitern.

Zu Nummer 96 (§ 168a)

Die Vorschrift ermöglicht die Vereinigung von Ersatzkassen. Damit erhalten vor allem kleinere Ersatzkassen die Möglichkeit, ihre Organisationsstrukturen an die Anforderungen einer wettbewerbsorientierten Krankenversicherung anzupassen. Die Regelung trägt damit zu mehr Beitragsgerechtigkeit und zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen bei.

Absatz 1 sieht eine freiwillige Vereinigung von Ersatzkassen vor. Das Verfahren entspricht dem Verfahren bei Vereinigungen von Ortskrankenkassen (§ 144 Abs. 2 bis 4).

Nach Absatz 2 gelten die für Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen vorgesehenen Vereinigungsregelungen (§§ 145, 146) auch für Ersatzkassen. Auf Antrag einer Ersatzkasse oder eines Ersatzkassenverbandes hat der Bundesminister für Gesundheit Ersatzkassen zu vereinigen, wenn die Leistungsfähigkeit der Ersatzkasse verbessert werden kann oder wenn ihr Bedarfssatz den Schwellenwert nach § 145 Abs. 1 überschreitet und eine freiwillige Vereinigung innerhalb von 12 Monaten nicht zustande gekommen ist.

Zu Nummer 97 (§ 169)

Eine Ersatzkasse soll nicht mehr durch eigene Entscheidung aufgelöst, sondern nur noch durch Entscheidung der Aufsichtsbehörde nach § 170 geschlossen werden können. Die Regelung trägt der Einführung umfassender Wahlrechte der Versicherten zu allen Ersatzkassen Rechnung. Mit dem Ziel, die Wettbewerbsbedingungen der Kassenarten einander anzugleichen, wäre ein auf einzelne Kassenarten begrenztes Auflösungsrecht vereinbar. Ebenso wie bei den übrigen Kassenarten kann eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit durch Vereinigungen von Ersatzkassen (§ 168a) vermieden werden.

Zu Nummer 98 (§ 171)

Folgeänderung zur Streichung des § 169.

Zu Nummer 99 (§§ 173ff.)

Die unterschiedlichen Kassenwahlrechte von Arbeitern und Angestellten sind sozialpolitisch nicht gerechtfertigt. Auch aus verfassungsrechtlichen Gründen ist eine Angleichung erforderlich. Mit der Vorschrift wird dieses Ziel ab 1. Januar 1996 erreicht. Die neuen §§ 173 bis 177 ersetzen die bisherigen §§ 173 bis 185.

Zu § 173

§ 173 regelt, daß alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen Ortskrankenkassen, allen Ersatzkassen, allen Betriebs- und Innungskrankenkassen, die sich durch Satzungsregelung geöffnet haben, der letzten Krankenkasse oder der Krankenkasse des Ehegatten wählen können. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die einem Betrieb angehören, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse errichtet ist, können zwischen den oben genannten Krankenkassen und der Betriebs- bzw. Innungskrankenkasse wählen. Die bestehenden Zuweisungen zu bestimmten Krankenkassen und damit die sachlich nicht zu begründende Trennung zwischen Primär- und Wahlkassen werden damit beseitigt.

Absatz 1 regelt, daß eine Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger und Versicherungsberechtigter nicht mehr durch die Zwangszuweisung zu bestimmten Krankenkassen, sondern durch die Ausübung ihres Wahlrechts entsteht. Die für die Krankenversicherung der Landwirte, in der Sozialversicherung der Künstler und Publizisten und für Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz geregelten Besonderheiten sind vorrangig.

Absatz 2 nennt die wählbaren Krankenkassen. Der Betrieb nach Nummern 3 und 4 umfaßt auch unselbständige Betriebsteile, oder Betriebsstätten, auf die sich die Betriebs- oder Innungskrankenkassen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung erstreckten. Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen sind für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ein entsprechendes Wahlrecht vorsieht. In diesem Fall sind Zugangsbeschränkungen oder -bedingungen für bestimmte Personen unzulässig. Das Wahlrecht nach der Satzungsregelung wird in Satz 2 auf Regionen beschränkt, auf die sich die Zuständigkeit der Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse vor der Satzungsregelung erstreckte. Maßgeblich für die regionale Geltung des Satzungswahlrechts ist der Sitz der Betriebe oder Betriebsstätten und der nach § 143 Abs. 1 geltende Bezirk der Ortskrankenkasse. Bei einer entsprechenden Satzungsregelung gilt das Wahlrecht für alle Versicherungspflichtigen und -berechtigten, die in dem Bezirk der Ortskrankenkasse wohnen oder beschäftigt sind, in dem der Betrieb oder die Betriebsstätte ihren Sitz hat. Besteht eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse für mehrere Betriebe in verschiedenen Bezirken von Ortskrankenkassen, gilt das Satzungswahlrecht für mehrere abgegrenzte Regionen im Sinne von § 143 Abs. 1.

In Absatz 3 bis 5 sind zusätzliche Wahlrechte von Mitgliedergruppen genannt, die weitgehend dem geltenden Recht entsprechen.

Nach Absatz 6 hat der Familienversicherte kein eigenes Wahlrecht. Kommen für Familienversicherte mehrere Kassen in Frage, weil Mitgliedschaften bei verschiedenen Kassen bestehen, gilt die Entscheidung des Mitglieds nach § 10 Abs. 5.

Zu § 174

§ 174 regelt Besonderheiten einzelner Mitgliedergruppen beim Wahlrecht.

Absatz 1 übernimmt aus der bisherigen Regelung in § 184 Abs. 5, daß bei der Bundesknappschaft versicherte Renter nur ein Wahlrecht haben, wenn sie der knappschaftlichen Krankenversicherung in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung nicht angehört haben.

Die Absätze 2, 3 und 4 regeln die Wahlrechte für Beschäftigte bei Betriebs- und Innungskrankenkassen und ihren Verbänden sowie bei der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft.

Zu § 175

§ 175 regelt die Ausübung des Wahlrechts, Fristen und Meldeverfahren.

Absatz 1 stellt klar, daß die Krankenkasse die Mitgliedschaft eines Wahlberechtigten — z. B. aus Risikogründen — nicht ablehnen darf.

Die Absätze 2 und 3 regeln das Verfahren der Ausübung des Wahlrechts. Wird das Wahlrecht nicht wahrgenommen, geht es auf die zur Meldung verpflichtete Stelle — in der Regel den Arbeitgeber — über. Diese hat den Versicherten über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Mit dieser Regelung wird eine gesetzliche Zwangszuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse in der Regel verhindert.

Nach Absatz 4 sollen durch eine mindestens einjährige Bindung an die gewählte Krankenkasse verwaltungsaufwendige Kurzzeitmitgliedschaften verhindert werden. Die Kündigungsfrist zum Jahresende verhindert außerdem große Mitgliederbewegungen innerhalb eines Kalenderjahres und erleichtert dadurch die Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 266.

Absatz 5 ermöglicht abweichend von Absatz 4 einen kurzfristigen Wechsel zu einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, die neu gegründet worden ist.

Zu §§ 176, 177

Diese Vorschriften entsprechen den bisherigen Regelungen in §§ 165, 167, 181 und 182 Abs. 2. Für versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft gelten die Wahlrechte nach § 173 grundsätzlich nicht, weil der Bestand und die Leistungsfähigkeit dieser besonderen Kassenarten nicht gefährdet werden sollen. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 12 Versicherungspflichtige hatten bereits nach bisherigem Recht Wahlmöglichkeiten.

Zu Nummer 100 (§ 183)

Für einen Teil der Mitglieder soll das Kassenwahlrecht bereits vom 1. Januar 1993 an erweitert werden. Die Regelung gilt für versicherungspflichtig Beschäftigte, für die durch Neuerrichtung oder Ausdehnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen auf weitere selbständige oder unselbständige Betriebe die Betriebs- oder Innungskrankenkasse nach §§ 174, 175 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1995 geltenden Fassung zuständig geworden ist. Satz 2 stellt klar, daß die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der bisherigen Kasse zu erklären ist. Dabei kann die Kassenwahl auch vor dem Errichtungszeitpunkt erfolgen, wenn der Errichtungszeitpunkt von der Aufsichtsbehörde nach § 148 Abs. 3 SGB V festgesetzt ist. Die Meldepflicht und der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Kasse sind wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit Wahlrecht zu einer Ersatzkasse geregelt.

Zu Nummer 101 (§ 186)

Die Vorschrift ist durch die Neuregelung der Kassenwahlrechte §§ 173 bis 175 notwendig geworden. Sie stellt klar, daß der Beginn der Mitgliedschaft bei einer neugewählten Krankenkasse vom Zeitpunkt und der Rechtswirksamkeit der Kündigung bei der vorherigen Krankenkasse abhängt.

Zu Nummer 102 (§ 190)

Die bisherige Regelung ist nach Einführung umfassender Kassenwahlrechte und nach der Angleichung der Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen den Kassenarten (§§ 173 ff.) weder erforderlich noch zweckmäßig.

Zu Nummer 103 (§ 192)

Die Änderung stellt klar, daß die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger nicht nur, wie durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften vom 6. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2142) neu eingeführt, bei Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub, sondern wie bereits vor dieser Rechtsänderung auch während der Zeit des Bezugs von Erziehungsgeld fortgesetzt wird. Diese Klarstellung ist notwendig, da bei wörtlicher Auslegung die Fortsetzung der Mitgliedschaft lediglich für die Versicherungspflichtigen gilt, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und deshalb Anspruch auf Erziehungsurlaub haben. Dies ist nicht gewollt. Der Gesetzgeber des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften wollte die Nur-Erziehungsgeldbezieher von der Vergünstigung des § 192 nicht ausnehmen.

Zu Nummer 104 (§ 194 Abs. 1 Nr. 7)

Folgeänderung aus der Ersetzung der Vertreterversammlung durch den Verwaltungsrat.

Zu Nummer 105 (§ 197)

Die Befugnisse des Verwaltungsrates, die Tätigkeit des Vorstandes kontrollierend zu begleiten, werden verstärkt. Außerdem soll sich der Verwaltungsrat durch Spezialisierung seiner Mitglieder auf bestimmte Fachgebiete Fachkompetenz aneignen, um diese Kontrolle wirkungsvoller ausüben zu können.

Die Änderungen in den Buchstaben a bis c sind Folgeänderungen aus der Ersetzung der Vertreterversammlung durch den Verwaltungsrat und dem Wegfall des Geschäftsführers.

Zu Nummer 106 (§ 207)

Folgeregelung zu § 145. Sofern sich alle Krankenkassen eines Landes vereinigen, nimmt diese Krankenkasse die Aufgaben des Landesverbandes wahr (§ 207 Abs. 4). Die neue Vorschrift regelt, daß die Krankenkasse auch als Rechtsnachfolgerin in die Dienstverhältnisse des bisherigen Landesverbandes eintritt und Vermögen, Forderungen und Verbindlichkeiten des Landesverbandes zu übernehmen hat.

Zu Nummer 107 (§ 208)

Da im Rahmen der Neuorganisation der Krankenkassen und ihrer Verbände auch bei den Landesverbänden der Geschäftsführer durch einen Vorstand ersetzt wird (§ 209 a), entfallen die Verweisungsvorschriften auf die Geschäftsführer-Regelungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 108 (§ 209)

Die Landesverbände der Krankenkassen werden ebenso wie die Krankenkassen zur Stärkung ihrer Handlungsfähigkeit neu gegliedert (ehrenamtlicher Verwaltungsrat — § 209 — und hauptamtlicher Vorstand — § 209 a). Der Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan der Landesverbände ist in den Absätzen 1 bis 3 nach den gleichen Grundsätzen wie der Verwaltungsrat der Krankenkassen gestaltet.

Zu Nummer 109 (§ 209 a)

Der Vorstand der Landesverbände wird in gleicher Weise gebildet wie der Vorstand der Krankenkassen.

Zu Nummer 110 (§ 210 Abs. 1)

Folgeänderungen zu §§ 209 und 209 a.

Zu Nummer 111 (§ 212)

Die Übertragung und Bündelung der Verhandlungskompetenz auf die regionale Ebene würde den gewünschten Steuerungseffekt nicht voll entfalten können, wenn der Verhandlungsführer der Ersatzkassen in jedem Stadium der Gespräche Weisungen Dritter einholen müßte. Deshalb ist es notwendig, die Verhandlungsführer mit weitreichenden Vollmachten auszustatten; dies wird gesetzlich vorgeschrieben.

Zu Nummern 112 bis 114

(§§ 215, 216, 218 Abs. 1)

Folgeänderung zu §§ 209 und 209 a.

Zu Nummer 115 (§ 219)

Es soll ermöglicht werden, Aufgaben der Kooperation und Koordination gemeinsam wahrzunehmen und dafür auch Mittel zur Verfügung zu stellen.

Zu Nummer 116 (§ 220 Abs. 4)

Aus den vom Bundesminister für Gesundheit vorzunehmenden Feststellungen nach §§ 270 und 270 a kann sich ergeben, daß die Vorausschätzung der Krankenkasse im Vorjahr zu hoch angesetzt war. Die Regelung stellt sicher, daß die Krankenkasse im laufenden Haushaltsjahr die Überschreitung korrigiert und die vom Gesetzgeber vorgesehenen Budgetierungen beachtet.

Zu Nummer 117 (§ 221)

Folgeänderung zur Neuregelung des Selbstverwaltungsrechts (§ 35 a SGB IV).

Zu Nummer 118 (§ 222)

Folgeänderung zur Neuregelung des Selbstverwaltungsrechts (§ 35 a SGB IV).

Zu Nummer 119 (§ 238 a)

Die neue Vorschrift klärt Zweifelsfragen, die in der Praxis hinsichtlich der Reihenfolge der zur Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Rentner heranzuziehenden Einnahmearten entstanden waren.

Zu Nummer 120 (§ 240)*Zu Buchstabe a*

Durch die Bezugnahme auf § 238 a wird die dort für Rentner festgelegte Reihenfolge der Einnahmearten zur Beitragsbemessung auch für alle übrigen freiwillig Versicherten verbindlich vorgegeben.

Zu Buchstabe b

Mit der Vorschrift werden die notwendigen beitragsrechtlichen Folgerungen aus der Neuregelung in § 5 Abs. 1 Nr. 11 gezogen.

Künftig bleiben alle freiwillig Versicherten sowohl hinsichtlich der zur Beitragsbemessung heranzuziehenden Einnahmearten als auch der hierauf anzu-

wendenden vollen Beitragssätze auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gleichen Maßstäben unterworfen. Die Beitragssätze können allerdings je nach Kassenzugehörigkeit unterschiedlich hoch sein.

Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 vorgenommene Neuregelung hat zum Ergebnis, daß die Leistungsaufwendungen für die künftig freiwillig Versicherten, die bisher der Pflichtversicherung der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) angehört hatten, nicht mehr von den Aktiven über den Finanzierungsanteil der KVdR mitgetragen werden müssen. Sie stabilisiert also die Finanzierung der KVdR und gestaltet diese dadurch sozial gerechter, daß die Leistungsaufwendungen für diesen Kreis im Rahmen der Beitragsgestaltung für freiwillig Versicherte nunmehr vor allem von den freiwillig Versicherten mitzutragen sind. Denn jede Krankenkasse hat künftig bei der Beitragsgestaltung für ihre freiwillig Versicherten (§ 240) diesen zusätzlichen Personenkreis zu berücksichtigen. Jüngere Pflichtversicherte in den gesetzlichen Krankenkassen werden insoweit hinsichtlich des höheren Aufwands für Rentner entlastet (BVerfG NJW 1986, 42). Das bisherige Finanzierungssystem der KVdR entfällt allerdings ab 1995 durch die Einführung des Risikostrukturausgleichs.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes gilt für die Versicherten, die zum 1. Januar 1993 aufgrund der Neuregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 aus der Versicherungspflicht ausscheiden oder die am 31. Dezember 1992 die Voraussetzungen des § 248 Abs. 2, der durch dieses Gesetz aufgehoben wird, erfüllten, eine Übergangsregelung. Dieser Personenkreis erhält zwar weiterhin eine Beitragsvergünstigung, indem es bei einer halben Beitragszahlung aus Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen bleibt. Sonstige Einkünfte wie z. B. aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitaleinkünfte werden aber zur Beitragsbemessung herangezogen und mit dem vollen Beitrag belastet.

Für den Personenkreis, der ab 1. Januar 1993 die 1989 geschaffene Beitragsvergünstigung des § 248 Abs. 2 hätte in Anspruch nehmen können, ändert sich nur etwas hinsichtlich der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen, für die sie nun nicht mehr halbe, sondern volle Beiträge zu zahlen haben.

Dagegen bleibt es bei der vollen Beitragszahlung aus anderen Einnahmen wie z. B. aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitaleinkünften. Diese Einnahmen werden nunmehr auch bei den von der Änderung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 betroffenen Personen der Beitragsbemessung unterworfen, weil nicht mehr länger hingenommen werden kann, daß solche Einnahmen zum Lebensunterhalt bei Versicherten, die während ihres aktiven Erwerbslebens nicht versicherungspflichtig waren, nach Rentenbeginn beitragsfrei bleiben. Das erhöhte Beitragsaufkommen belastet die Betroffenen nicht unzumutbar und entlastet die übrige Versichertengemeinschaft. Für die Beitragszahlung aus der Rente erhalten sie weiterhin den hälftigen Beitragszuschuß des Rentenversicherungsträgers.

Falls für einige Personen als stark empfundene Mehrbelastungen eintreten sollten, kann dies insbesondere daran liegen, daß sie über verhältnismäßig hohe Einnahmen aus Einkommensarten verfügen, die bislang nicht der Beitragsbemessung unterlagen. In solchen Fällen war die Beitragsbelastung bisher im Vergleich zu anderen Personengruppen, die solche Einnahmen nicht erhalten und deshalb schon vor der Neuregelung mit ihrer vollen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Solidargemeinschaft beizutragen hatten, nicht sozial gerecht gestaltet.

Die Neuregelung entspricht dem die gesetzliche Krankenversicherung beherrschenden Solidaritätsprinzip, die Versicherten nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu Beiträgen heranzuziehen (BVerfG-Beschluß vom 6. Dezember 1988 — 2 BvL 18/84).

Zu Nummer 121 (§ 248 Abs. 2)

Aufgrund der Neuregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 können vom 1. Januar 1993 an Rentenbezieher, die vor dem Rentenbezug freiwillig versichert waren und deshalb die Vorversicherungszeit nicht erfüllen können, nicht mehr in die Pflichtversicherung der Krankenversicherung der Rentner aufgenommen werden. Sie haben daher auch aus ihren Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen volle Beiträge zu entrichten. § 248 Abs. 2 enthält eine Beitragsvergünstigung für diejenigen, die keine Rente, aber Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pensionen usw.) oder Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit haben und die Vorversicherungszeit der Rentner erfüllt hätten, wenn sie eine Rente bezogen hätten. Aus Gründen der Gleichbehandlung mit den betroffenen künftig freiwillig versicherten Rentnern muß diese Vergünstigung aufgehoben werden.

Zu Nummer 122 (§ 257)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Erweiterung des Kassenwahlrechts ab 1. Januar 1996 ist es für die Berechnung des Beitragszuschusses erforderlich, einen Durchschnittswert zugrunde zulegen.

Zu Buchstabe b

Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit sind und sich durch Abschluß einer gleichwertigen privaten Versicherung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung versichert haben, erhalten einen Beitragszuschuß ihres Arbeitgebers. Es besteht ein sozialpolitisches Interesse daran, daß solche Verträge neben dem Leistungsangebot auch hinsichtlich bestimmter struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar

sind. Bisher wurde dies durch § 257 Abs. 2 sowie durch die staatliche Bedingungs- und Tarifgenehmigung erreicht. Da letztere infolge der Dritten Schadensversicherungsrichtlinie der EG zum 1. Juli 1994 entfallen wird, ist eine Verstärkung der Anforderungen an die Qualität der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzenden Schutzes durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geboten.

Die Vorschriften des Absatzes 2a Nr. 1 bis 3 sollen in erster Linie die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte sicherstellen. Der Zwang zu der nach Nummer 1 vorausgesetzten Bildung angemessener Rückstellungen für das Alter wird durch die in Nummer 2 vorgesehene Schaffung eines brancheneinheitlichen Standardtarifs mit garantiertem Höchstbeitrag verstärkt. Von diesem Tarif geht insofern eine Selbststeuerung für die gesamte private Krankenversicherung aus, als bei unzureichender Vorsorge und zu hohen Altersbeiträgen in den üblichen Tarifen die Gefahr einer Abwanderung der Betroffenen in den Standardtarif mit der Folge der Subventionierung und des Finanzausgleichs entsteht. Im einzelnen läßt Nummer 2 für eine privatversicherungstypische Ausgestaltung des Standardtarifs Gestaltungsfreiheit, wenn gewährleistet ist, daß im Ergebnis ein Vollschutz zur Verfügung steht, der im Kernbereich den Leistungen dieses Buches entspricht. Die Vorschrift läßt auch Anpassungen an etwaige spätere Änderungen der Leistungen dieses Buches zu. Durch Nummer 4 bleibt der mit der Möglichkeit der Beitragsanpassung einhergehende Kündigungsschutz der Versicherten auch über den 1. Juli 1994 hinaus generell erhalten. Die mit Nummer 5 geforderte Beibehaltung der Spartenrennung ist für die private Krankenversicherung aus den gleichen sozialen und ökonomischen Erwägungen geboten wie für die insoweit vergleichbare gesetzliche Krankenversicherung. Hinzu kommt, daß im Interesse des Arbeitgebers beim Zuschuß sichergestellt werden muß, daß in dem zuschußfähigen Versicherungsbeitrag keine krankensicherungs-fremden Elemente enthalten sind.

Die der Versicherungsbescheinigung zugrundeliegende Bestätigung kann auch von der Aufsichtsbehörde eines anderen EG-Staates ausgestellt sein, sofern diese zuständig ist.

Sofern der Standardtarifbeitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, schreibt Absatz 2b vor, daß der überschüssige Beitragsanteil zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung anteilig auszugleichen ist, ggf. abzüglich einer Interessensquote. Einzelheiten sind zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen zu vereinbaren, wobei das Amt in diesem Falle nicht als Aufsicht, sondern als sachkundige Bundesbehörde tätig wird.

Die Regelung in Absatz 2c stellt sicher, daß die Versicherungsnehmer eines privaten Krankenversicherungsunternehmens nach Inkrafttreten der Neuregelung unmittelbar aus ihrem Versicherungsverhältnis ausscheiden können, wenn das Unternehmen die Voraussetzungen für die Gewährung des Arbeitgeberzuschusses nicht erfüllt.

Zu Nummer 123 (§ 258)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2 a bis 2 c.

Zu Nummer 124 (Überschrift)

Folgeänderung zu § 266.

Zu Nummer 125 (§ 265 a)

Mit der Regelung wird die Möglichkeit eines freiwilligen Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen einer Kassenart geschaffen. Damit können Beitragsunterschiede, die nach Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266) noch verbleiben, kassenartenintern verringert oder beseitigt werden.

Zu Absatz 1

Satz 1 entspricht der bisherigen Regelung in § 267 Abs. 1. Ein Bedarfssatzschwellenwert ist nicht vorgeschrieben, weil die Ausgestaltung des Finanzausgleichs durch die Mitglieder der Spitzenverbände in der Satzung geregelt werden soll. Diese haben die Möglichkeit, Bedarfssatzschwellenwerte oder andere Kriterien als Voraussetzung zu regeln.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt sicher, daß an der Finanzierung der Hilfen nur Krankenkassen beteiligt werden, deren Landesverbände dem Antrag zugestimmt haben. Stimmt nur der Landesverband der antragstellenden Krankenkasse zu, bleibt der Ausgleich auf die Mitglieder dieses Landesverbandes beschränkt. Stimmen alle Landesverbände dem Antrag zu, wird der Ausgleich bundesweit durchgeführt.

Zu Nummer 126 (§ 266)**Zu Absatz 1**

Die bisherigen Finanzausgleiche bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen nach §§ 266, 267 und für die Ausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (§§ 268 bis 273) werden durch einen Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen ersetzt. Mit dem Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen sollen eine gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten erreicht und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen abgebaut werden.

Zu Absatz 2

Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse wird an der durchschnittlichen Risikobelastung aller Krankenkassen bemessen. Weichen bei einer Krankenkasse die

beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder oder der Anteil der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen oder die Alters- oder Geschlechtsverteilung ihrer Versicherten vom Durchschnitt aller Krankenkassen ab, werden die dadurch verursachten Mehr- oder Mindereinnahmen oder Mehr- oder Minderausgaben im Risikostrukturausgleich ausgeglichen. Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen sollen nicht ausgeglichen werden, wenn sie auf andere als die genannten Risikofaktoren zurückzuführen sind. Dies wird erreicht, indem der Beitragsbedarf einer Krankenkasse nicht an ihren tatsächlichen, sondern an standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen bemessen wird. Um unterschiedliche Belastungen der Krankenkassen zu berücksichtigen, die durch unterschiedliche Familienversichertenanteile entstehen, werden die standardisierten Leistungsausgaben nicht je Mitglied, sondern je Versicherten zugrunde gelegt.

Die Standardisierung der Leistungsausgaben je Versicherten erfolgt nach den Ergebnissen der Datenerhebung nach § 267 für jede in § 267 Abs. 2 genannte, nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppe. Dadurch wird dem nach Alter und Geschlecht unterschiedlichen Leistungsbedarf der Versicherten Rechnung getragen. Das Verhältnis der nach § 267 Abs. 3 erhobenen durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten einer Versichertengruppe zu den erhobenen durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten der übrigen Versichertengruppen bestimmt das Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten zwischen den jeweiligen Versichertengruppen.

Leistungsausgaben, die z. B. wegen unwirtschaftlichen Verhaltens der Beteiligten, überdurchschnittlich hoher Pflegesätze oder Vergütungen an Leistungserbringer überdurchschnittlich hoch sind, werden nur bis zum Durchschnittswert in die Berechnung des Beitragsbedarfs einbezogen. Bei Krankenkassen, deren Leistungsausgaben je Versicherten unter dem standardisierten durchschnittlichen Wert liegen, wird ebenfalls der standardisierte durchschnittliche Wert zugrunde gelegt. Dadurch wird für Krankenkassen ein finanzieller Anreiz geschaffen, ihre Aufgaben wirtschaftlicher wahrzunehmen.

Zu Absatz 3

Ob die Finanzkraft einer Krankenkasse der Höhe des nach Absatz 2 ermittelten Beitragsbedarfs entspricht, hängt ausschließlich von der tatsächlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder sowie von der Zahl und der Verteilung ihrer Versicherten auf die nach Alter und Geschlecht gebildeten Versichertengruppen ab. Bei der Berechnung der Finanzkraft werden deshalb nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben einer Krankenkasse, sondern — wie bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs — die standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zugrunde gelegt. Dies wird durch Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder mit dem Ausgleichsbedarfssatz erreicht. Verwaltungskosten, Mehr-, Ermessens- und Erpro-

bungsleistungen, deren Höhe von den Krankenkassen selbst maßgeblich beeinflußt werden kann, werden in die Ausgleichsrechnung nicht einbezogen. Dadurch wird das Interesse der Krankenkasse an wirtschaftlichem Verhalten gestärkt.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift begrenzt die Art der Leistungsausgaben, die bei der Ermittlung der standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zugrunde zu legen sind. Aus gesundheitspolitischen Gründen sollen Ausgaben für Anschlußheilbehandlung berücksichtigt werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen das Nähere über eine einheitliche zeitliche und inhaltliche Abgrenzung der Anschlußheilbehandlung vereinbaren.

Zu Absatz 5

Das Bundesversicherungsamt erhält die Aufgabe, den Risikostrukturausgleich durchzuführen. Hierzu gehört die Ermittlung und Bekanntgabe der für die Berechnung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen notwendigen Rechenwerte. Die Verhältniszahlen für die in jeder nach Alter und Geschlecht getrennten Versichertengruppen entstehenden Leistungsausgaben je Versicherten werden vom Bundesversicherungsamt aus den nach § 266 erhobenen Daten berechnet. Auf der Grundlage dieser Verhältniszahlen werden die standardisierten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in jeder Versichertengruppe und der Ausgleichsbedarfssatz berechnet.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift regelt das Verfahren in Anlehnung an das Verfahren bei der Durchführung des bisherigen Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Dabei können — ebenso wie beim KVdR-Finanzausgleich — Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen der Krankenkassen bei der Abrechnung der an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung abzuführenden Rentenversicherungsbeiträge zwischen den Krankenkassen verrechnet werden.

Die vorläufigen monatlichen Abschlagszahlungen werden auf der Grundlage der vom Bundesversicherungsamt vorläufig festgesetzten Rechenwerte ermittelt. Nach Jahresabschluß der Krankenkassen wird der Risikostrukturausgleich endgültig berechnet und ein Schlußausgleich durchgeführt.

Zu Absatz 7

Die Einzelheiten über die Ermittlung und Abgrenzung der für den Ausgleich notwendigen Rechenwerte sowie über das Verfahren regelt der Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Hierzu gehört auch die Rege-

lung des zeitlichen Abstands der Ermittlung und Bekanntgabe der Werte nach Absatz 5 Nr. 1.

Zu Absatz 8

Wegen der Besonderheiten im Leistungs- und Beitragsrecht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Beteiligung des Bundes an der Finanzierung ihrer Ausgaben werden landwirtschaftliche Krankenkassen ausgenommen.

Zu Nummer 127 (§ 267)

Die Vorschrift regelt die regelmäßige Erhebung von Versicherten-, Einnahme- und Ausgabedaten durch Krankenkassen. Ziel dieser Erhebung ist, für den Risikostrukturausgleich nach § 266 gesicherte Daten und Rechenwerte zu erhalten.

Mit den von den Krankenkassen z. Z. erfaßten Daten kann der Risikostrukturausgleich nicht durchgeführt werden. Hierzu fehlen vor allem hinreichend differenzierte Daten über die Grundlöhne und über die nach Altersgruppen, Geschlecht, mitversicherten Familienangehörigen und Mitgliedergruppen getrennte Informationen über die Leistungsausgaben der Kassen.

Risikoausgleiche können für den Beitragszahler, für die einzelne Kasse und für die betroffene Region erhebliche finanzielle Auswirkungen haben: Bereits eine Beitragssatzerhöhung oder -senkung um einen Prozentpunkt kann den Beitrag für ein Mitglied um über 600 DM im Jahr erhöhen oder verringern. Die Durchführung des Risikoausgleichs erfordert deshalb eine möglichst tief nach Versichertengruppen gegliederte solide Datenbasis. Andererseits ist aber auch der finanzielle Aufwand der Datenerfassung zu berücksichtigen. Mit der Regelung wird deshalb ein Mittelweg eingeschlagen, der für das Ziel hinreichende Daten bei vertretbarer Kostenbelastung der Beteiligten liefert.

Die zu erhebenden Daten sind nicht versichertenbezogen, weil dies für das Ziel der Regelung nicht erforderlich ist.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt Ausgabe- und Einnahmedaten, die überwiegend bereits laufend von den Krankenkassen erfaßt werden. Neu ist, daß auch die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner zu erfassen sind. Diese Information ist für den Risikostrukturausgleich unter Einbezug der Rentner notwendig.

Zu Absatz 2

Die Erhebung der Zahl der Versicherten, nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt, erfolgte bislang jährlich. Dabei wurden die Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahren, 80 Jahre und älter und die übrigen Versicherten mit 5-Jahres-Abständen erfaßt. Für Kleinkinder und über 80jährige Versicherte sieht die Regelung ebenfalls eine Erfassung mit Altersabständen von

5 Jahren vor, weil sich das Krankheitsrisiko in diesen Altersgruppen erheblich unterscheiden kann. Dabei sollen Versicherte, die 90 Jahre und älter sind, zu einer Altersgruppe zusammengefaßt werden. Neu ist auch die Trennung dieser Informationen nach den in §§ 241 bis 247 SGB V genannten Mitgliedergruppen und nach der Gruppe der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner oder Bezieher einer Rente für Bergleute. Diese Trennungen sind für jede Krankenkasse notwendig, um die unterschiedlichen Leistungsansprüche, Beitragssätze und die besonderen Risikomerkmale der genannten Mitgliedergruppen im Risikoausgleich berücksichtigen zu können.

Für die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner oder der Bezieher einer Rente für Bergleute ist eine getrennte Erfassung nach Alter und Geschlecht notwendig, weil diese Mitgliedergruppe Krankheitsrisiken hat, die von den Krankheitsrisiken der übrigen Versichertengruppen erheblich abweichen. Die für die Erfassung der Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner notwendigen Daten erhalten die Kassen versichertenbezogen von den Rentenversicherungsträgern oder von der Deutschen Bundespost nach der Regelung in Absatz 7. Das Ziel der Datenerhebung wäre ohne eine vollständige und getrennte Erfassung der genannten Versichertengruppen nicht zu erreichen. Eine auf einzelne Regionen begrenzte Erfassung wäre unzureichend, weil die Versicherten regional in bedeutsamerem Umfang unterschiedlich verteilt sein können. Wegen des hohen Anteils der Frauen an den Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentnern von über 50 % und an den Witwen- und Witwernrentnern von rund 98 % liefern auch Schätzungen nach den Merkmalen Alter und Rentner keine hinreichenden Informationen über die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner.

Zu Absatz 3

Die Informationen über die nach Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten getrennten Leistungsausgaben sind für den Risikoausgleich erforderlich. Um den Erfassungsaufwand zu begrenzen, können diese Daten in Stichproben erhoben werden. Da die relativen Abweichungen der Leistungsausgaben je Versicherten zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten nach den bisherigen Erfahrungen bei den Krankenkassen voraussichtlich vergleichbar sind, reicht die auf einige Regionen und auf einen Stichprobenumfang von höchstens 10 % aller Versicherten begrenzte Erfassung aus. Durch die Auswahl verschiedener Regionen kann eine breite Datenbasis für die Hochrechnung der notwendigen Informationen auf alle Kassen hergestellt werden. Mit der Regelung können auch Besonderheiten in den neuen Bundesländern hinreichend berücksichtigt werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 beschreibt den Abgabzeitpunkt und den Adressaten der Ergebnisse der Datenerhebung.

Ergebnisse der Datenerhebung sind nicht versichertenbezogene oder -beziehbare Einzeldaten, sondern die Summen der Leistungsausgaben, Beitragseinnahmen und beitragspflichtigen Einnahmen je Kasse in der Gliederung nach Absatz 1, die auf die jeweiligen Versichertengruppen nach Absatz 2 bezogene Zahl der Versicherten und die Summen der Leistungsausgaben und Krankengeldtage je Versichertengruppe nach Absatz 3. Adressat der Ergebnisse ist nicht der Bundesminister für Gesundheit, sondern der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, weil dieser auch die zuständige Stelle für die Vorlage von Geschäftsübersichten und anderen Statistiken ist (§ 79 Abs. 1 SGB IV).

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 ermächtigt Kassen, auf dem Krankenschein Kennzeichnungen für die in Absatz 3 genannten Versichertengruppen zu verwenden. Die Sätze 2 bis 4 verpflichten die Leistungserbringer und die Abrechnungsstellen, die auf dem Krankenschein angegebenen zusätzlichen Kennzeichen bei der Leistungsabrechnung zu verwenden. Diese zusätzlichen Angaben bei der Leistungsabrechnung sind erforderlich, um die Erfassung der Mitglieder- und Leistungsdaten mit vertretbarem Aufwand und möglichst geringer Fehlerhäufigkeit zu gewährleisten. Die Übertragung der Kennzeichen auf das Verordnungsblatt ist notwendig, weil auch die Erbringer veranlaßter Leistungen diese Kennzeichen bei der Abrechnung ihrer Leistungen verwenden müssen. Versicherte haben gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf nähere Informationen über den Inhalt und die Verwendung der Kennzeichen (§ 19 Bundesdatenschutzgesetz).

Zu Absatz 6

Nach Absatz 1 werden die Kassen verpflichtet, die beitragspflichtigen Einnahmen auch für Rentner zu erfassen. Absatz 2 verpflichtet die Kassen, die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner nach Alter und Geschlecht getrennt zu erfassen. Informationen über die Rentenhöhen der versicherungspflichtigen Rentner und über eine Unterscheidung der Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner liegen den Krankenkassen jedoch nicht vor. Absatz 7 verpflichtet die Rentenversicherungsträger deshalb, den jeweiligen Krankenkassen die Rentensummen der pflichtversicherten Rentner und die notwendigen Informationen über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner zu melden. Bei bundesunmittelbaren Kassen ist die Meldung nach Bundesländern, in denen die Rentner ihren Wohnsitz haben, zu trennen.

Da die Rentenversicherungsträger Informationen über die für die Rentner zuständigen Krankenkassen nicht vollständig in maschinell verwertbarer Form verfügbar haben, müssen zunächst die Krankenkassen diese Informationen nach Satz 1 maschinell verwertbar an die Rentenversicherungsträger liefern. Hierzu sind das Kassenkennzeichen und die Rentenversicherungsnummer zu verwenden. Die Rentenversicherungsträger übermitteln die Daten zur Renten-

höhe nach Satz 2 nicht versichertenbezogen, sondern für jede Kasse in einer Summe unter Berücksichtigung der Regionen nach Absatz 4. Die Information nach Satz 3 über den Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ist versichertenbezogen. Da diese Informationen für den Zweck der Regelung notwendig und ohne Versichertenbezug nicht herstellbar sind (vgl. Begründung zu Absatz 2), ist ihre Übermittlung datenschutzrechtlich vertretbar. Krankenkassen dürfen diese Information nur für die Aufgaben nach dieser Regelung verwenden. Die Verpflichtung zur Löschung der Informationen nach Erfüllung der Aufgaben trägt dem Datenschutz Rechnung.

Die Rentenversicherungsträger können die Durchführung ihrer Aufgaben auf die Deutsche Bundespost übertragen, die im Auftrag der Rentenversicherungsträger bereits in der Vergangenheit Rentenauskünfte erteilt hat. In diesem Fall sind der Deutschen Bundespost entstehende Kosten durch den Rentenversicherungsträger zu erstatten.

Zu Absatz 7

Absatz 7 verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen, Einzelheiten zum Ablauf und Verfahren der Datenerhebungen in einer gemeinsamen Vereinbarung zu regeln. Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen konzentriert sich auf die Verpflichtung der Ärzte und Zahnärzte zur Angabe zusätzlicher Informationen auf den Verordnungsblättern und bei der Leistungsabrechnung. Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger regelt Ablauf und Verfahren der Meldungen nach Absatz 6.

Zu Absatz 8

Eine Ersatzvornahmeregulierung zur Sicherung eines frist- und sachgerechten Erhebungsablaufs erscheint notwendig, da wegen der unterschiedlichen Interessen der beteiligten Verbände ein Scheitern der Vereinbarungen nicht ausgeschlossen werden kann.

Zu Absatz 9

Absatz 9 regelt die Kostenverteilung zwischen den Beteiligten.

Zu Absatz 10

Die Ausnahmeregelung berücksichtigt die finanzierungs- und leistungsrechtlichen Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 128 (§ 270 a)

Durch die Einfügung des § 270 a wird dem Bundesminister für Gesundheit die Aufgabe zugewiesen, die für die Orientierung der Veränderungsrate der Ausgabenentwicklung in den verschiedenen Leistungsreichen relevante Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (im Sinne des § 270 SGB V) je Mitglied für das laufende Jahr auf der Grundlage der relevanten gesamtwirtschaftlichen Daten zu schätzen. Dabei ist insbesondere die Einschätzung der Brutto-lohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer zugrunde zu legen, wie sie im Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung vorgenommen wird. Da der Jahreswirtschaftsbericht im Laufe des Monats Januar eines jeden Jahres vorliegt, erscheint eine auf die Daten dieses Berichts bezugnehmende Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen durch den Bundesminister für Gesundheit bis zum 15. Februar angezeigt. Die Feststellung der endgültigen Veränderungs-raten des Vorjahres wird nach der Vorlage der endgültigen Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen getroffen.

Zu Nummer 129 (§ 274)

Die Änderung bezieht die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 274 ein, um die Wirtschaftlichkeitskontrolle bei beiden Vertragsparteien der gemeinsamen Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

Absatz 2 sieht eine Beteiligung der geprüften Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen an der Finanzierung der eingerichteten Prüfgruppen vor.

Zu Nummer 130 (§ 275)

Zu Buchstabe a

Zur konsequenten Umsetzung des § 27 Abs. 2 ist die Einschaltung des Medizinischen Dienstes erforderlich.

Zu Buchstabe b

Die bereits zum 1. Januar 1991 in Kraft getretene Verordnung zur Regelung der Grundsätze und Maßstäbe der Personalbedarfsermittlung in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) und die im GSG vorgesehene Personalverordnung für den Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern führen zu einer Neuregelung bei der Bestimmung des Personalbedarfs. In beiden Verordnungen wird der Personalbedarf nach einem leistungsorientierten Konzept auf der Basis einer Zuordnung des Patienten zu Behandlungsbereichen und Pflegestufen ermittelt.

Die Genehmigung der Stellenpläne aufgrund dieser Personalermittlung ist Bestandteil der Budgetverhandlungen.

Da die Höhe des zusätzlichen Personals entscheidend von der Zuordnung und Einstufung der Patienten abhängt, muß dem Kostenträger ermöglicht werden, die Zuordnung anhand von Abweichungen in vergleichbaren Behandlungsfällen durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Die Krankenkassen können bei ihren Landesverbänden bei Abweichungen eine Überprüfung der Zuordnung beantragen. Die Überprüfungsmöglichkeiten der Zuordnung und Einstufung durch den Medizinischen Dienst müssen daher über den Einzelfall hinaus auf mehrere Einzelfälle erweitert werden. Dies wird durch den neu aufgeführten Absatz 3a erweitert.

Zu Nummer 131 (§ 275 a)

Zu Absatz 1

Seit Jahren wird eine Zunahme der Krankenhaufälle registriert. Untersuchungen lassen darauf schließen, daß die Zunahme auch darauf zurückzuführen ist, daß der Vorrang der ambulanten Behandlung nicht in ausreichendem Maße beachtet wird. Diese Frage kann nur durch Einzelfallanalysen geklärt werden. Anhand der konkreten Krankenunterlagen ist die Beachtung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung medizinisch zu überprüfen. Erforderlich ist eine fundierte Bewertung der einzelnen Krankenhaufnahmen aus medizinischer Sicht. Für die Prüfung ist der Medizinische Dienst als medizinischer Beratungsdienst der Krankenkassen zu beauftragen. Es handelt sich um eine Aufgabe im Rahmen des ihm vom Gesetz zugewiesenen Auftrages der medizinischen Beratung der Krankenkassen in allgemeinen medizinischen Fragen. Da es sich um eine Konkretisierung des gesetzlichen Auftrages nach § 275 Abs. 4 handelt, dürfen durch diese zeitlich — bis zum 31. Dezember 1996 sind die Modellvorhaben abzuschließen — und inhaltlich begrenzte Aufgabe keine zusätzlichen Personalkosten beim Medizinischen Dienst entstehen.

Um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten, sollen in jedem Bundesland jeweils ein Krankenhaus jeder Versorgungsstufe einbezogen werden.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten der Modellvorhaben (Auswahl der zu prüfenden Krankenhäuser, Zahl der zu prüfenden Krankenhaufnahmen, Zeitraum der Prüfung) sollen in jedem Bundesland den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie den Landeskrankengesellschaften obliegen. Kommt bis zum 31. März 1993 keine Einigung zustande, wird den Schiedsstellen nach § 114 die Entscheidung übertragen. Um den Beginn des Modellvorhabens nicht zu verzögern, haben die Schiedsstellen bis zum 30. Juni 1993 zu entscheiden.

Zu Absatz 3

Für die Übermittlung personenbezogener Daten, die für die Überprüfung der Krankenhaufnahme aus medizinischer Sicht erforderlich sind, sind die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Um die erforderlichen Unterlagen auch im Krankenhaus einsehen und prüfen zu können, ist den Ärzten des Medizinischen Dienstes das Recht, die Räume des Krankenhauses zu betreten, zu gewähren. Die personenbezogenen Daten sind ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu löschen.

Zu Absatz 4

Der Medizinische Dienst hat die Ergebnisse seiner Untersuchung zusammenzufassen und Vorschläge für eine Verbesserung der Kriterien für eine Krankenhaufnahme mit dem Ziel, den Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung zu beachten, zu unterbreiten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände hat die Einzelergebnisse der einzelnen Medizinischen Dienste in anonymisierter Form zusammenzufassen und den Hauptbeteiligten zur Verfügung zu stellen. Damit die Ergebnisse für die weiteren Pflegesatzverhandlungen nutzbar gemacht werden können, sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Umsetzung der Ergebnisse durch Empfehlungen an ihre Mitgliedsverbände prüfen.

Zu Nummer 132 (§ 276)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu § 275 a: Der Medizinische Dienst muß berechtigt sein, die im Modellvorhaben anfallenden personenbezogenen Daten zu erheben und zu erfassen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu § 275 Abs. 3 a: Der Medizinische Dienst muß berechtigt sein, zur Prüfung der Zuordnung die Räume der Krankenhäuser zu betreten, um dort die Unterlagen einzusehen.

Zu Nummer 133 (§ 281 Abs. 1)

Der Medizinische Dienst ist ein Beratungsdienst der Krankenkassen, der von den einzelnen Krankenkassen finanziert wird. Wenn der Medizinische Dienst nunmehr über die Tätigkeit für die Krankenkassen hinaus, z. B. für die Rentenversicherung, Aufgaben nach § 177 Abs. 4 SGB VI wahrnehmen muß, können die Kosten für diese zusätzlichen, nicht der Krankenversicherung zuzuordnenden Aufgaben, nicht von den Beitragszahlern der Krankenkassen übernommen werden. Eine sachgerechte Kostenzuordnung in diesen Fällen ist erforderlich.

Da damit zu rechnen ist, daß der Medizinische Dienst als medizinischer Beratungsdienst in Zukunft auch von anderen Sozialleistungsträgern oder von Dritten in Anspruch genommen wird (z. B. im Rahmen der geplanten Pflegeversicherung bzw. derzeit schon von Pflegepersonen, die Pflegebedürftige, die der privaten Krankenversicherung angehören, pflegen), sollte eine generelle Regelung im Neunten Kapitel „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ die Kostenfrage für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern, die nicht Mitglieder des MDK sind, klarstellen.

Zu Nummer 134 (§ 284)

Es werden Folgeänderungen und redaktionelle Änderungen zu den Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106) sowie zur Information der Versicherten (§ 305) vorgenommen, um den datenschutzrechtlichen Erfordernissen für die Bereitstellung der dafür notwendigen Daten zu entsprechen.

Zu Nummer 135 (§ 285)

Folgeänderung zur Änderung von § 305.

Zu Nummer 136 (§ 291)

Die Neubestimmung des Einführungsdatums für die Krankenversichertenkarte trägt den entstandenen Verzögerungen Rechnung, die insbesondere aufgrund der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgesehenen Veränderung des Konzepts der technischen Ausgestaltung der Karte — Wechsel von der Magnetstreifenkarte zur Chipkarte — entstanden sind.

Zu Nummer 137 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und in den Abrechnungsunterlagen weiterhin die Diagnose anzugeben ist. Die Diagnose ist Bestandteil einer ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung des Arztes und daher in den Abrechnungsnachweisen des Kassen- und Vertragsarztes anzugeben. Die Kenntnis der Diagnose ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich:

- Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Plausibilitätskontrollen nach § 83 Abs. 2: Eine hinreichende Prüfung setzt die vollständige, die Diagnose einschließende Leistungsbeschreibung des Arztes voraus.
- Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen: Die Krankenkassen müssen ihre Zuständigkeit als

Kostenträger prüfen (§ 12 i. V. m. § 16 SGB I). Die Angabe der Diagnose ermöglicht die Feststellung, ob eine Krankheit bzw. Krankenbehandlung, ein Unfall (Regreßmöglichkeit) oder ein Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit vorliegt. Ebenso setzt auch die Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld (§ 48 Abs. 1 SGB V) die Kenntnis der Diagnose voraus.

- Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: Bei der Prüfung nach Durchschnittswerten und Richtgrößen auffällig gewordene Kassen- und Vertragsärzte werden unter bestimmten, vertraglich geregelten Voraussetzungen einer Einzelfallprüfung unterzogen. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen im Einzelfall setzt die Angabe der Diagnose in den Abrechnungsunterlagen des Arztes voraus.
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: Bei der Zufälligkeitsprüfung ist das gesamte Leistungsgeschehen der in die Stichprobe einbezogenen Kassen- und Vertragsärzte anhand versichertenbezogener Daten zu überprüfen. Die versichertenbezogene Prüfung der ärztlichen Leistungen, der Verordnungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen kann von den Prüfungsausschüssen nur unter Bezugnahme auf die jeweilige Diagnose vorgenommen werden.

Die Angabe von Diagnose bzw. Befund auf den Abrechnungsunterlagen entspricht auch der bisher geltenden Praxis.

Durch die vorgeschriebene Verschlüsselung der Diagnosen mit dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten wird eine Standardisierung der Diagnoseangaben nach einem international gebräuchlichen, von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Verfahren erreicht. Die Klassifikation ist in der jeweiligen deutschen Fassung anzuwenden, die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegeben wird. Durch den vierstelligen Schlüssel wird die notwendige Informationstiefe gewährleistet. Den Ärzten wird durch die Verschlüsselung die Angabe der Diagnose wesentlich erleichtert. Zugleich wird durch die mit der Verschlüsselung verbundene Standardisierung und Konzentration der Angaben auf die wesentlichen Merkmale ein datenschutzrechtlich positiv zu bewertender Effekt erzielt. Bei zahnärztlicher Behandlung sind anstelle der Diagnose die Befunde anzugeben.

Zu Buchstabe b

Die Änderung dient der Klarstellung, daß die Angaben unabhängig von der vereinbarten Art der Vergütung fallbezogen zu übermitteln sind.

Zu Nummer 138 (§ 296)*Zu Buchstabe a*

Folgeänderung zur Änderung von § 106.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, daß sowohl die Arztnummer des überweisenden als auch die Arztnummer des die Überweisung annehmenden Arztes zu übermitteln ist; beide Angaben sind zur Durchführung der Prüfungen notwendig.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung von § 106.

Zu Nummer 139 (§ 297)*Zu Buchstaben a und b*

Folgeänderungen zur Änderung von § 106 Abs. 2.

*Zu Buchstabe c**Zu Doppelbuchstabe aa*

In Absatz 2 Nr. 4 wird im Zusammenhang mit den Änderungen zu § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 klargestellt, daß die Diagnose — bei zahnärztlicher Behandlung die Befunde — zu den für die Zufälligkeitsprüfungen zu übermittelnden Daten gehört.

Zu Doppelbuchstabe bb

Als Folgeänderung zur Änderung von § 106 Abs. 3 (Satz 3) wird klargestellt, daß die Daten über die ärztlichen Leistungen für die Zufälligkeitsprüfungen jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe d

Als Folgeänderung zur Änderung von § 106 Abs. 3 (Satz 3) wird klargestellt, daß die Daten über die ärztlich verordneten Leistungen für die Zufälligkeitsprüfung jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln sind.

Zu Nummer 140 (§ 300)*Zu Buchstabe a*

Durch die Änderung wird bestimmt, daß das Arzneimittelkennzeichen maschinenlesbar anzugeben ist.

Zu Buchstabe b

Die nach § 300 Abs. 2 bestehende Möglichkeit, die Verpflichtung des Apothekers zur Übertragung des Arzneimittelkennzeichens durch Verträge der Krankenkassen mit den Organisationen der Apotheker auf Landesebene abzugeben, soll aus folgenden Gründen entfallen:

1. Die Regelung hat zu erheblichen Umsetzungsproblemen geführt. Eine Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene über die Verwendung des Arzneimittelkennzeichens ist bisher nicht zustande gekommen. Zwischen den Beteiligten, auch zwischen den verschiedenen Kassenarten, bestehen erhebliche Auffassungsunterschiede hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und ggf. der vertraglichen Ausgestaltung einer Abdingung. Insbesondere die bundesweit tätigen Ersatzkassen beurteilen die Abdingung im Hinblick auf die damit verbundene Möglichkeit regional unterschiedlicher Lösungen kritisch. Eine Fortsetzung des Verhandlungsprozesses auf der Ebene der Landesverbände würde zu einer in ihrer Dauer nicht absehbaren weiteren Verzögerung der Umsetzung der Transparenzregelungen für den Arzneimittelbereich führen. Das liegt auch nicht im Interesse der Apotheker, die eindeutige Vorgaben benötigen, um sich auf ihre kraft Gesetzes bereits bestehende Verpflichtung zur Übertragung des Arzneimittelkennzeichens einzustellen.
2. Die durch die Abdingungsmöglichkeit ausgelöste Diskussion hat verstärkt deutlich gemacht, daß nur bei Übertragung des Arzneimittelkennzeichens auf die Verordnungsblätter die Voraussetzungen für eine wirksame und wirtschaftliche Erfüllung einer Reihe von Aufgaben der Krankenkassen geschaffen werden, insbesondere
 - die Bereitstellung der für die Bildung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen nach § 84 notwendigen Datenbasis,
 - die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen bei Überschreitung von Richtgrößen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1),
 - die Durchführung von Zufälligkeitsprüfungen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2),
 - die Bereitstellung von Daten für gezielte Beratungen der Ärzte (§ 106 Abs. 5 Satz 2),
 - die Überprüfung der Beachtung der Negativliste (§ 34 Abs. 3), der Einhaltung der Festbetragsregelung (§ 35), der Regelung über die Abgabe preisgünstiger Importarzneimittel (§ 129 Abs. 1

Nr. 2) sowie der Regelung über die gestaffelte Zuzahlung (§ 31).

3. Die vorgesehene Information der Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen (§ 305) läßt sich mit vertretbarem Aufwand nur bei einer maschinellen Erfassung der verordneten Arzneimittel realisieren. Dafür ist das auf allen Verordnungsblättern aufgetragene Arzneimittelkennzeichen unabdingbar.

Zu Nummer 141 (§ 301)

Zu Absatz 1

Die den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermittelnden Angaben werden aus datenschutzrechtlichen Gründen enumerativ aufgeführt. Die Übermittlung der Daten ist erforderlich, um eine ordnungsgemäße Abrechnung mit den Krankenhäusern zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, u. a. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2) und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhäuser (§ 113) erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Zugleich wird klargestellt, welche Daten maschinenlesbar zu übermitteln sind.

Zu Nummer 1

Die Übermittlung der Angaben der Krankenversicherungskarte, z. B. Name, Anschrift, Versichertenstatus, erleichtert die Identifikation des behandelten Versicherten durch die Krankenkasse, insbesondere bei fehlerhafter Übermittlung der Krankenversicherungsnummer.

Die Angabe des krankenhausinternen Kennzeichens des Versicherten erleichtert die Zuordnung der Abrechnungen zu den Behandlungsunterlagen der Patienten im Krankenhaus, z. B. bei Rückfragen der Krankenkasse.

Zu Nummer 2

Diese Angaben sind Voraussetzung für die maschinelle Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

Zu Nummer 3

Die Angabe von Tag und Uhrzeit der Aufnahme ist erforderlich für die Berechnung der Pflegesätze am Aufnahmetag entsprechend § 9 Abs. 2 Bundespflegegesetzverordnung.

Die Angabe der Einweisungsdiagnose, der Aufnahme- und der weiteren Diagnosen ist erforderlich für die Überprüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 i. V. m.

§ 106 sowie der Angemessenheit der Verweildauer nach § 112 Abs. 2 Nr. 2. Die Übermittlung der Diagnosen ist außerdem Voraussetzung für die Abrechnung besonderer Pflegesätze nach § 6 Bundespflegegesetzverordnung.

Die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer sowie die Übermittlung der medizinischen Begründung bei einer Verlängerung der Verweildauer ist eine weitere Voraussetzung für die Prüfung der Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung durch die Krankenkassen nach § 39 Abs. 1. Nach dieser Vorschrift ist grundsätzlich auch eine zeitliche Befristung der Kostenübernahme möglich, so daß bei einer Verlängerung der Verweildauer ein Antrag des Krankenhauses erforderlich ist. Die Angabe ist außerdem notwendig für die in § 112 Abs. 2 Nr. 2 vorgesehenen Überprüfungen der Verweildauer.

Zu Nummer 4

Die Regelung bezweckt, daß die Stelle oder Institution, die eine Einweisung oder Verlegung in das Krankenhaus vornimmt, angegeben wird. Diese Angabe benötigen die Krankenkassen für die Prüfung des leistungsrechtlichen Anspruchs auf Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 sowie für die Prüfungen nach §§ 106 und 112 Abs. 2 Nr. 2.

Zu Nummer 5

Die Angabe der behandelnden Fachabteilungen erleichtert die Beurteilung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung und der Angemessenheit der Verweildauer. Diese Daten sind außerdem erforderlich für die Abrechnung besonderer abteilungsbezogener Pflegesätze nach § 5 Abs. 2 Bundespflegegesetzverordnung.

Zu Nummer 6

Diese Angaben sind von zentraler Bedeutung für die Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 i. V. m. § 106 und der Angemessenheit der Verweildauer nach § 112 Abs. 2 Nr. 2. Die Daten sind außerdem erforderlich für die Abrechnung von Sonderentgelten nach § 6 Bundespflegegesetzverordnung.

Zu Nummer 7

Die Angabe von Tag und Uhrzeit der Entlassung ist erforderlich für die Berechnung der Pflegesätze am Entlassungstag nach § 9 Abs. 2 Bundespflegegesetzverordnung.

Die Angabe des Grundes der Entlassung oder der internen und externen Verlegung sowie der damit verbundenen Diagnosen ist notwendig für die Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 i. V. m. § 106 und der Angemessenheit der Verweildauer nach § 112 Abs. 2 Nr. 2.

Die Angabe des Institutionskennzeichens der aufnehmenden Institution benötigt die Krankenkasse für die Prüfung der erneuten Kostenübernahme nach § 39 Abs. 1.

Zu Nummer 8

Diese Angaben benötigt die Krankenkasse für Feststellungen nach § 40 im Zusammenhang mit der Genehmigung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen.

Zu Nummer 9

Diese Angabe ist notwendig für die Abrechnung der Entgelte.

Zu Absatz 2

Für die Verschlüsselung der Diagnosen wird, wie bei den niedergelassenen Ärzten (siehe Begründung zu § 295 Abs. 1), der vierstellige Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten vorgegeben. Der in manchen Krankenhäusern intern verwendete dreistellige Schlüssel ist wegen zu geringer Informationstiefe für die o. a. Aufgaben der Krankenkassen ungeeignet. Hinsichtlich der Benennung der Fachabteilungen wird auf die im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Angaben verwiesen. Für die Verschlüsselung der Operationen wird die für diesen Zweck anerkannte und erprobte fünfstellige Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin vorgegeben. Die Herausgabe einer deutschen Fassung dieser Klassifikation durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit ist vorgesehen. Den Zeitpunkt der Inkraftsetzung dieser Klassifikation gibt der Bundesminister für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt.

Zu Absatz 3

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und ihre Vertragspartner auf seiten der Krankenhäuser werden beauftragt, das Nähere zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 und zum Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.

Zu Absatz 4

Die Datenübermittlung nach Absatz 1 wird in verringertem Umfang entsprechend den Erfordernissen bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übernommen.

Zu Absatz 5

In Satz 1 wird die datenschutzrechtlich notwendige Klarstellung getroffen, daß der ermächtigte Krankenhauesarzt befugt ist, die für die Abrechnung der von ihm erbrachten ambulanten Leistungen erforderlichen Unterlagen seinem Krankenhausträger zur Verfügung zu stellen. Materiell-rechtlich folgt diese Pflicht, ohne die die gesetzlich vorgeschriebene Tätigkeitsabrechnung nach § 120 Abs. 1 Satz 3 nicht durchgeführt werden kann, bereits aus dem Anstellungsverhältnis zwischen dem ermächtigten Arzt und dem Krankenhausträger als Dienstherrn oder Arbeitgeber. Satz 2 ermächtigt den Krankenhausträger, diese Abrechnungsunterlagen an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Eine dem § 120 Abs. 1 Satz 3 entsprechende Regelung wird für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen in § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung geschaffen (siehe Artikel 12 Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe b). Auch insoweit ist datenschutzrechtlich eine Klarstellung geboten.

Zu Nummer 142 (§ 302)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird zur Verdeutlichung des Regelungsinhalts redaktionell angepaßt.

Zu Buchstabe b

In Absatz 1 wird klargestellt, daß entsprechend der für die anderen Leistungsbereiche geltenden Regelung neben der Versichertennummer weitere auf der Krankenversichertenkarte enthaltene Angaben (§ 291 Abs. 2) sowie die für die Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlichen Leistungsdaten in den Abrechnungsbelegen der Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie der weiteren Leistungserbringer maschinenlesbar enthalten sein müssen.

Zu Nummer 143 (§ 303)

Die Überschrift wird im Hinblick auf die zusätzlich eingefügten Regelungen angepaßt.

Zu Absatz 1

Durch die Ergänzung wird klargestellt, daß durch die in Nummern 1 und 2 genannten Einschränkungen die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen nicht gefährdet werden darf.

Zu Absatz 2

Durch die Regelung werden die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Unterstützung der Krankenkassen durch Arbeitsgemeinschaften nach

§ 219 bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2, der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhäuser nach § 113 sowie der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 geschaffen. Datenschutzrechtlich unbedenkliche Anonymisierung der versichertenbezogenen Daten sind in den vergangenen Jahren in mehreren Modellversuchen unter Beteiligung von Datenschutzbeauftragten der Länder erprobt worden.

Zu Absatz 3

Im Hinblick auf die große Bedeutung der Transparenzregelungen für eine dauerhafte Sicherung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der medizinischen Versorgung werden wirksame finanzielle Sanktionen für den Fall der Nichtbeachtung dieser Regelungen vorgesehen.

Zu Nummer 144 (§ 304)

Es wird klargestellt, daß die Löschungsvorschriften auch auf § 296 Abs. 1 und 3 anzuwenden sind.

Zu Nummer 145 (§ 305)

Durch die Neuregelung werden die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Unterrichtung der Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und die damit verbundenen Kosten geschaffen. Dadurch wird dem Recht des Versicherten auf Information über die zu Lasten seiner Krankenkasse abgerechneten Leistungen Rechnung getragen.

Das Verfahren der Unterrichtung wird dahin gehend konkretisiert, daß erstmals für das Jahr 1995 eine Unterrichtung auf Antrag der Versicherten erfolgen soll. Mit dem Antrag beauftragt der Versicherte seine Krankenkasse, die Daten über seine Leistungsanspruchnahme und die damit verbundenen Kosten auch von anderen Stellen anzufordern, und er erteilt diesen anderen Stellen die Genehmigung, die Daten an seine Krankenkasse zu übermitteln. Die Festlegung des Geschäftsjahres 1995 als erstes Jahr, über das informiert wird, stellt sicher, daß die Datenerfassung aufgrund der bis Ende 1994 abgeschlossenen bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte nur einen geringen Zusatzaufwand erfordert.

Zu Nummer 146 (§ 308)

Mit dieser Bestimmung wird fünf Jahre nach der Herstellung der politischen Einheit Deutschlands und Berlins die vollständige Rechtseinheit in der gesetzlichen Krankenversicherung im Land Berlin eingeführt. Damit entfällt für die gesetzliche Krankenversiche-

rung die bisherige Einteilung Berlins in die beiden Rechtskreise West und Ost. Zur Aufrechterhaltung des sozialen Schutzes für die Versicherten aus dem Ostteil Berlins bleiben die Bestimmungen in § 309 Abs. 5 (Anerkennung von Zeiten bis zum 31. Dezember 1990) und in § 310 Abs. 3 (Fiktion der Erfüllung von Anspruchsvoraussetzungen bei Zahnersatz) unberührt. Weiter anzuwenden sind auch die Absätze 2 und 4 des § 311 betreffend die unbefristete Zulassung der am 1. Oktober 1992 bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens und der Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag sowie ihre Vertretung in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Fassung dieses Gesetzes.

Zu Nummer 147 (§ 309)

Zu Buchstaben a und b

Die Vorschriften regeln Folgeänderungen, die sich aus der Einführung der Kassenwahlrechte ab 1996 ergeben.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift stellt klar, daß es sich bei den Vorversicherungszeiten um Pflichtmitgliedschaften im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 11 handelt.

Zu Nummer 148 (§ 310)

Zu Buchstabe a

Wegen der noch unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnisse und der damit verbundenen geringeren Belastbarkeit der Versicherten gelten in den neuen Bundesländern niedrigere Beträge.

Zu Buchstabe b

Das bisherige Recht gilt inhaltlich fort.

Zu Buchstabe c

Die Krankenkassen im Beitrittsgebiet hatten 1991 wegen fehlender Infrastruktur erheblich geringere Ausgaben für stationäre Vorsorgekuren und Rehabilitationsleistungen als die Krankenkassen-West. Deshalb wird ab 1993 ein fiktiver Ausgangswert gebildet, der einerseits die Verbesserung der Infrastruktur nicht behindert und andererseits überhöhte Ausgabensteigerungen vermeidet.

Zu Buchstabe d

Die Streichung des Absatzes 8 ist eine Folge der Neufassung des Absatzes 1. Die Zuzahlungsregelungen in den Absätzen 5 (Heilmittel), 6 (Orthopädische Schuhe) und 10 (Fahrkosten) sind spätestens zum 30. Juni 1992 ausgelaufen und werden deshalb gestrichen.

Zu Buchstabe e

Für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln wird die höhere Härtefallgrenze des alten Bundesgebietes, die erst ab 1. Juli 1993 für die Krankenkassen-Ost gelten sollten, bereits zum 1. Januar 1993 wirksam, da auch die Änderung der Zuzahlung nach § 31 zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt.

Zu Nummer 149 (§ 311)*Zu Buchstabe a*

Die Befristung der gesetzlichen Zulassung bis 1995 wird für die am 1. Oktober 1992 in den neuen Bundesländern bestehenden ärztlich geleiteten Einrichtungen aufgehoben. Diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag werden aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung auf diesen Gebieten kraft Gesetzes zugelassen. Vom Wechsel eines Trägers der o. g. Einrichtungen und Fachambulanzen bleibt die Zulassung unberührt. Mit der Feststellung der Zahl der Ärzte in den Fachambulanzen ist eine Begrenzung des Leistungsumfangs der Ambulanzen nicht verbunden.

Zu Buchstabe b

Durch die mit Inkrafttreten des Einigungsvertrages eingetretene Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte zu der Zahl der in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 tätigen Ärzte ist eine hälftige Vertretung in den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr gerechtfertigt. In Zukunft soll sich die Vertretung nach den tatsächlichen Verhältnissen richten.

Zu Buchstabe c

Die Vertretung der in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 tätigen Ärzte im Zulassungsausschuß ist nicht mehr erforderlich, da die Entscheidungsbefugnis des Zulassungsausschusses, die Zulassung von Einrichtungen über den 31. Dezember 1995 hinaus zu verlängern, durch die neue gesetzliche Regelung enthalten ist.

Zu Buchstabe d

Durch die Vorschrift wird bestimmt, daß die aufgrund der besonderen Situation in den neuen Bundesländern erforderlichen Ausnahmen von Altersgrenzen auch auf angestellte Ärzte erstreckt werden.

Zu Nummer 150 (§ 311 a)

Durch die Absenkung des Rechnungsabschlags wird die Wirkung des Preismoratoriums nach Artikel 28 in den neuen Bundesländern neutralisiert.

Eine spätere Anpassung des Rechnungsabschlags entsprechend § 311 a Abs. 4 bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 151 (§ 312)*Zu Buchstaben a und b*

Die Vorschriften regeln Folgeänderungen, die sich aus der Einführung der Kassenwahlrechte ab 1996 ergeben.

Zu Buchstabe c

Notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 257 Abs. 2, die am 1. Januar 1996 in Kraft tritt.

Zu Nummer 152 (§ 313)*Zu Buchstaben a und c*

Die Vorschrift regelt Folgeänderungen, die sich aus der Einführung des Risikostrukturausgleichs (§ 266) ergeben.

Zu Buchstabe b

Nach dieser Vorschrift ist der Risikostrukturausgleich aus sozialpolitischen Gründen im Land Berlin (West und Ost) nach den im bisherigen Bundesgebiet geltenden Regelungen durchzuführen. Mit der Sonderregelung in Satz 2 sollen für den Fall eines im Vergleich zum bisherigen Bundesgebiet erheblich niedrigeren Niveaus der beitragspflichtigen Einnahmen unvertretbare Belastungen der Krankenkassen in den westlichen Bundesländern im Rahmen des Risikostrukturausgleichs vermieden werden.

Zu Artikel 2 (Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 2 enthält Änderungsvorschriften zu Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die bereits in Artikel 1 geändert sind. Die Vorschriften des Artikels 2 treten in Kraft, sobald die entsprechenden Regelungen des Artikels 1 außer Kraft treten. Sie sind

deshalb in einem gesonderten Artikel zu behandeln.

Zu Nummer 1 (§ 12)

Folgeänderung zu § 35 a SGB IV.

Zu Nummer 2 (§ 93)

Mit Veröffentlichung der Zusammenstellung der Arzneimittel nach § 92 a Abs. 8 SGB V treten als Folgeänderungen die Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel (§ 93) außer Kraft (Artikel 33 Abs. 5).

Zu Nummer 3 (§ 147)

Mit der Einführung umfassender Kassenwahlrechte für Versicherte ab 1996 werden die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen und Kassenarten ausgeglichen und die Trennung in Primär- und Wahlkassen aufgehoben. Diesem Ziel dient auch die Einführung des Risikostrukturausgleichs. Besondere Schutzregelungen für Ortskrankenkassen bei Errichtung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen sind deshalb nicht mehr erforderlich.

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 28 i)

Durch die Erweiterung des Kassenwahlrechts ab 1. Januar 1996 entfällt die Bestimmung einer kraft Gesetzes zuständigen Krankenkasse für den Einzug der Beiträge zur Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit. Die Regelung knüpft an die Anmeldepflicht des Arbeitgebers nach § 175 Abs. 3 Satz 2 i. V. m. § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und legt für die in Satz 3 genannten Fälle die zuständige Krankenkasse fest.

Zu Nummer 2 (§ 31 Abs. 3a)

Durch die Konzentration der Selbstverwaltungsaufgaben auf den Verwaltungsrat als einziges Selbstverwaltungsorgan wird, zusammen mit der in § 43 Abs. 1 Satz 2 vorgesehenen Reduzierung der Mitgliederzahl dieses Selbstverwaltungsorgans, eine rasche und flexible Entscheidungsfindung gewährleistet.

Die Verwaltungsaufgaben werden von einem Vorstand wahrgenommen, der bisherige Aufgaben des Vorstands und des Geschäftsführers wahrnimmt.

Zu Nummer 3 (§ 33 Abs. 3)

Folgeänderung aus der Schaffung des Verwaltungsrates als einziges Selbstverwaltungsorgan der in § 35 a genannten Krankenkassen.

Zu Nummer 4 (§ 35 a)

Bei den Krankenkassen wird als einziges Verwaltungsorgan ein Vorstand gebildet. Dieses Kollegialorgan vereinigt in sich Funktionen, die bei den anderen Versicherungsträgern auf zwei Organe, nämlich den Vorstand und den Geschäftsführer, verteilt sind. Bereits das geltende Recht sieht in § 36 Abs. 4 die Möglichkeit vor, bei größeren Versicherungsträgern ein aus drei Personen bestehendes Kollegialorgan mit der Geschäftsführung zu betrauen.

Durch die in Absatz 2 vorgesehene Berichtspflicht des Vorstandes gegenüber dem Verwaltungsrat und die in Absatz 7 vorgesehene Möglichkeit des Verwaltungsrates, Mitglieder des Vorstandes auch wegen Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung oder bei Vertrauensentzug zu entlassen, wird die Aufsichts- und Kontrollfunktion des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand verstärkt.

Die Mitglieder dieses Vorstandes werden auf Zeit gewählt und hauptamtlich angestellt. Dies ermöglicht, qualifizierte Personen einzustellen. In Absatz 6 wird bestimmt, welche Qualifikationen für eine derartige Managerfunktion erforderlich sind.

Soweit die Satzung der Krankenkasse das vorsieht oder der Vorstand dies im Einzelfall bestimmt, können einzelne Mitglieder dieses Kollegialorgans die Krankenkasse allein vertreten. Dadurch wird schnelleres und effektiveres Handeln gefördert.

Im Falle einer groben Pflichtverletzung durch ein Vorstandsmitglied oder eines anderen wichtigen Grundes gelten die Vorschriften über die Amtsenthebung eines Mitglieds eines Selbstverwaltungsorgans entsprechend. Die Klagen gegen die Amtsenthebung und die Amtsentbindung haben nach § 97 Abs. 1 Nr. 5 SGG aufschiebende Wirkung.

Dieser Vorstand wird bei allen Krankenkassen außer den landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft gebildet, da diese Krankenversicherungsträger keine eigenständige Organe haben.

Zu Nummer 5 (§ 36)

Folgeänderung aus der Einführung des Vorstandes anstelle des Geschäftsführers bei den Krankenkassen nach § 35 a.

Zu Nummer 6 (§ 43 Abs. 1)

Durch die Reduzierung der Mitgliederzahl soll die Handlungsfähigkeit des Selbstverwaltungsorgans gestärkt werden. Die Streichung des Satzes 3 ist eine

Folgeänderung aus der Regelung in § 44 Abs. 4 Satz 2.

Zu Nummer 7 (§ 44 Abs. 4)

Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates wird der jeweiligen Kassenart auf Bundesebene freigestellt, allerdings darf der Anteil der Versichertenvertreter nicht weniger als die Hälfte der Gesamtzahl der Mitglieder betragen.

Zu Nummer 8 (§ 89)

Die Änderung trägt der in § 97 des Sozialgerichtsgesetzes geschaffenen Möglichkeit Rechnung, die sofortige Vollziehung einer Aufsichtsverfügung anzuordnen. Um Aufsichtsmaßnahmen schnell wirken zu lassen, ist es geboten, sie alsbald durchsetzen zu können.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 32

Die Neufassung stellt sicher, daß Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung wie bisher schon den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt werden, indem sie wie vollstationär behandelte Krankenhauspatienten und Teilnehmer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung trägt, die gleichen Zuzahlungen zu leisten haben.

Zu Artikel 5 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Zu Nummer 1 (§ 358)

Die Orts- und Innungskrankenkassen können nach geltendem Recht mit Angestellten privatrechtliche Verträge abschließen, die sich an den Prinzipien des Beamtenrechts orientieren (Besoldung, Pension, Disziplinarrecht). Dieses jahrzehntealte Dienstordnungsrecht ist kein geeignetes personalpolitisches Instrument, um die vielfältigen Aufgaben einer wettbewerbsorientierten Krankenversicherung zu lösen. Die Herausforderung an die Beschäftigten werden nach Einführung der Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 1996/97 zunehmen. Deshalb werden für den Bereich der Orts- und Innungskrankenkassen die beamtenähnlichen Systeme aufgegeben.

Ein Auslaufen des Dienstordnungssystems ist angezeigt. Ab 1. Januar 1993 dürfen deshalb keine neuen Dienstordnungsverhältnisse mehr eingegangen werden. Mit dieser Reform werden auch im Bereich des Personalwesens bei den Orts- und Innungskrankenkassen Schritte zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten eingeleitet.

Personen, die am 31. Dezember 1992 bereits dienstordnungsmäßig angestellt waren, können im bisherigen System verbleiben (Besitzstandsregelung). Dies gilt auch beim Wechsel von einer Krankenkasse zur anderen. Eine freiwillige Entscheidung, das System zu verlassen und ein rein privatrechtliches Arbeitsverhältnis einzugehen, ist selbstverständlich für jeden Mitarbeiter jederzeit möglich.

Zu Nummer 2 (§ 413)

Folgeänderung zu Nummer 1 bei den Landes- und Bundesverbänden der Krankenkassen.

Zu Artikel 6 (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu § 29

Die Regelung beseitigt eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Insbesondere freiwillig Versicherte und Studentinnen, die eine geringfügige nichtversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, erhalten nunmehr auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2 a bis 2 c SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Durch diese Änderung wird die Änderung des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der Krankenversicherung der Landwirte nachvollzogen.

Zu Nummer 3 (§ 20)

§ 20 KVLG hat keinen eigenständigen Anwendungsbereich und ist daher entbehrlich. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch können bereits nach altem Recht die Mitgliedschaft in der Gärtner-Krankenkasse wählen, sofern sie zum aufnahmeberechtigten Personenkreis gehören, ohne daß es hierzu einer besonderen gesetzlichen Regelung bedarf. Versicherungspflichtigen nach dem KVLG wird mit der Vorschrift keine Möglichkeit eingeräumt, Mitglied der Gärtner-Krankenkasse zu werden. Vor allem wegen der ab 1996 vorgesehenen Einführung umfassender Kassenwahlrechte in der gesetzlichen Krankenversi-

cherung (vgl. §§ 173ff. SGB V) ist die Streichung der Vorschrift erforderlich.

Zu Nummer 4 (§ 25)

Durch diese Änderung wird die Änderung des § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der Krankenversicherung der Landwirte nachvollzogen.

Zu Nummer 5 (§ 38)

Folgeänderung zu § 220 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 58)

Durch das Rentenreformgesetz 1992 ist das Selbstverwaltungsgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 1992 aufgehoben worden. Das Selbstverwaltungsrecht der Versicherungsträger ist in §§ 29ff. Sozialgesetzbuch IV geregelt. Der Hinweis auf die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes ist deshalb ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 8 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2a bis 2c SGB V.

Zu Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Die Vorschrift trägt der Neuregelung in § 95 a SGB V Rechnung und gestaltet diese im einzelnen aus. Die Strukturierung der dreijährigen Weiterbildung wird dabei grundsätzlich den landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin überlassen. Lediglich die sich aus dem EG-Recht ergebenden Mindestvoraussetzungen für einzelne Abschnitte der Weiterbildung werden in § 3 Abs. 4 vorgegeben. § 3 Abs. 5 ermöglicht die Anrechnung entsprechender Abschnitte der Tätigkeit als Arzt im Praktikum.

Zu Nummer 2 (§ 16b)

Die Vorschrift überträgt die Neuregelung des § 103 SGB V in die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Der Landesausschuß hat nach der Neuregelung von Amts wegen nicht mehr nur auf Antrag tätig zu werden. Auch ist das bisherige Ermessen des Landesausschusses, nach Feststellung der Überversorgung tätig zu werden, in eine Verpflichtung umgewandelt worden.

Zu Nummer 3 (§ 16c)

Folgeänderung der Neuregelung in § 104 Abs. 2 SGB V.

Zu Nummern 4 bis 6 (§§ 32 und 32b)

Die Vorschriften eröffnen die Möglichkeit, daß der Vertragsarzt künftig einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtagsbeschäftigte Ärzte anstellen kann. Die Anstellung durch den Vertragsarzt ist abhängig von der Genehmigung durch den Zulassungsausschuß.

§ 32 Abs. 1 Satz 4 trägt den Änderungen in § 3 Rechnung.

Zu Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummern 1 bis 4

Die Vorschriften entsprechen den Neuregelungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in den dortigen Nummern 2 bis 6.

Zu Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Der neue § 2 Nr. 5 enthält die Legaldefinition der pflegesatzfähigen Kosten, die bei der Bemessung der Pflegesätze berücksichtigt werden können (siehe auch zu Nummer 6 Buchstabe d).

Zu Nummer 2 (§ 4)

Nach geltendem Recht (§ 4 Satz 2) müssen die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die voraus kalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken. Die Selbstkostendeckung im Bereich der Betriebskosten hat in Verbindung mit dem geltenden § 17 weitgehend die Erstattung der nachgewiesenen Betriebskosten als nahezu automatische Folge bewirkt.

Einen Anreiz zur wirtschaftlichen Betriebsführung bietet diese Art der Kostenerstattung nicht. Die negativen Wirkungen des Selbstkostendeckungsprinzips sind zwar dadurch gemildert, daß seit 1985 die Kosten prospektiv zu kalkulieren sind und Gewinne wie Verluste in bestimmtem Umfang dem Krankenhaus verbleiben können. Die grundsätzliche Fehlsteuerung durch die Selbstkostendeckungsgarantie besteht aber nach wie vor.

Der Selbstkostendeckungsgrundsatz des § 4 Satz 2 wird nunmehr aufgehoben. Die Krankenhäuser sind auch in Zukunft in angemessener Weise wirtschaftlich

gesichert: Sie erhalten weiterhin öffentliche Fördermittel gemäß §§ 8, 9 und Erlöse aus den Pflegesätzen gemäß § 17 (siehe zu Nummer 7). Allerdings werden in Zukunft bei der Bemessung der Pflegesätze nicht mehr die Kosten, sondern die Leistungen maßgeblich sein. Mit der Orientierung der Pflegesätze an der Leistung werden Anreize geschaffen, die wirtschaftliches Verhalten fördern. Es entfällt die Automatik zwischen den nachgewiesenen Selbstkosten und deren Erstattung über die Pflegesätze.

Die Leistungen eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses werden somit weiterhin honoriert, ohne daß ein Krankenhaus, das das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V beachtet, mit Verlust arbeiten müßte. Deshalb wird weder die Trägerpluralität oder die flächendeckende Versorgung gefährdet noch werden die Krankenhauspläne der Länder berührt.

Der grundlegenden Änderung im System der Krankenhausfinanzierung trägt die Regelung in dem neu gefaßten § 4 Nr. 2 in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Rechnung, die an die Stelle des Selbstkostendeckungsgrundsatzes tritt.

Die leistungsgerechten Erlöse aus den Pflegesätzen können auch Investitionskosten enthalten (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 17 Abs. 5 Satz 3 sowie § 18 b). Dem damit eingeleiteten schrittweisen, mittel- und längerfristig angelegten Übergang von einer dualistischen zu einer monistischen Finanzierung über die Pflegesätze wird in der Neufassung von § 4 Nr. 2 Rechnung getragen. Darüber hinaus erhalten die Krankenhäuser Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V) und für ambulant durchgeführte Operationen (§ 115 b SGB V).

Die gesetzliche Verpflichtung der Länder, ausreichend Fördermittel zur Deckung der notwendigen Investitionskosten bereitzustellen, bleibt unberührt (§ 4 Nr. 1 in Verbindung mit §§ 8, 9).

Die Ansprüche der Krankenhäuser im einzelnen richten sich nach §§ 8, 9 und 17.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz läßt für den Einsatz von privatem Kapital zur Finanzierung von Investitionskosten folgende Finanzierungsarten zu: zum einen die Darlehensaufnahme durch den Krankenhaussträger mit Übernahme des Schuldendienstes durch das Land und zum anderen die private Finanzierung der Investitionskosten ohne Beteiligung des Landes. Die erste Alternative wird wegen der langfristigen Verschuldung nur in Ausnahmefällen praktiziert; die Länder bevorzugen als wirtschaftlicheren Mitteleinsatz die Förderung über sog. Barmittel. Die zweite Alternative ist ebenfalls nur von geringer praktischer Bedeutung. Zwar können im Pflegesatz grundsätzlich die gesamten privaten Investitionskosten berücksichtigt werden; der danach festgelegte Pflegesatz darf aber nach § 17 Abs. 5 den Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern nicht in voller Höhe, sondern nur in Höhe des niedrigeren, Investitionskosten nicht ent-

haltenden Pflegesatzes des vergleichbaren öffentlich geförderten Krankenhauses in Rechnung gestellt werden. Eine Finanzierung der Investitionskosten über den Pflegesatz ist deshalb regelmäßig nur zu einem geringen Anteil zulässig, soweit nämlich das nicht geförderte Krankenhaus seine Leistungen wirtschaftlicher als das vergleichbare geförderte Krankenhaus erbringen kann.

Um einen größeren Anreiz für private Investitionen zu schaffen, wird durch die Änderung — ausgehend von der Alternative 2 — eine Mischform der Investitionsfinanzierung für Plankrankenhäuser für Einzelfälle zugelassen: Neben die geförderten und die nicht geförderten Krankenhäuser treten die teilweise öffentlich geförderten Krankenhäuser. Voraussetzung ist eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem Land und dem Krankenhaussträger. Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Pflegesatzparteien ist wegen der vorgesehenen Pflegesatzrelevanz der Vereinbarung (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e — Anpassung des § 17 Abs. 5) anzustreben. Wird eine Vereinbarung nicht geschlossen, sind die Länder zur vollen Investitionsfinanzierung von Plankrankenhäusern verpflichtet.

Die Neuregelung ermöglicht z. B. eine Investitionsförderung durch das Land in Höhe von 80 %. Die Kosten der Restfinanzierung fließen dann über § 17 Abs. 5 n. F. in die Abrechnung der Krankenhausleistungen gegenüber den Sozialleistungsträgern bis zur sog. Kappungsgrenze (Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser) ein. Da der Krankenhaussträger nicht mit der vollen Investitionsfinanzierung, sondern nur mit der Restfinanzierung belastet ist, können im Einzelfall die restlichen Investitionskosten — abhängig von der Höhe der Restfinanzierung und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses — gemäß § 17 Abs. 5 n. F. bis zur vollen Höhe abrechnungsfähig sein.

Die neue Mischform der Investitionsfinanzierung ist insbesondere für die neuen Bundesländer von Bedeutung, wo der vermehrte Einsatz von privatem Kapital zum Abbau des investiven Nachholbedarfs beitragen wird.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird ein Redaktionsversehen behoben.

Zu Buchstaben b und c

Die Anbindung der Förderpauschalen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und die Durchführung kleiner baulicher Maßnahmen an die Bettenzahl ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht vorgegeben. Die Bundesländer haben aber in ihren Krankenhausgesetzen nahezu ausnahmslos die Pauschale ausschließlich auf das in den Krankenhausplan aufgenommene Bett bezogen.

Der gebotene Abbau nicht bedarfsnotwendiger Planbetten würde deshalb zu finanziellen Einbußen der Krankenhausträger führen, deren Widerstand häufig die Bettenreduzierung verhindert.

Im Hinblick auf die primäre Zuständigkeit der Länder wird kein bettenneutrales Bemessungskriterium bundesweit vorgegeben. Die Landesgesetzgeber sind aber aufgefordert, im Rahmen ihrer Förderhoheit neue Kriterien festzulegen, die den Abbau überflüssiger Krankenhausbetten nicht behindern.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neu gefaßten § 122 SGB V (siehe Artikel 1 zu Nummer 64).

Zu Nummer 6 (§ 16)

Zu Buchstaben a und c

Die Änderung ist eine Folgeänderung im Hinblick auf die Zulassung der Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V und zur ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V (siehe Artikel 1 zu Nummer 63).

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Klarstellung im Hinblick auf die differenzierende Neuregelung der Kostenerstattung durch liquidationsberechtigte Ärzte an das Krankenhaus in der Bundespflegesatzverordnung (siehe Artikel 12 Absatz 1 zu Nummer 6 und Absatz 3 zu Nummer 6).

Zu Buchstabe d

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips (siehe zu Nummer 2) und zur Definition der pflegesatzfähigen Kosten in dem neuen § 2 Nr. 5 (siehe zu Nummer 1).

Zu Nummer 7 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Der neu gefaßte Absatz 1 trägt der Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung Rechnung (siehe zu Nummer 2). Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Der Umfang des Versorgungsauftrags ist Mitgegenstand der Pflegesatzvereinbarung. Das Krankenhaus muß sich hinsichtlich der Höhe der Pflegesätze auch an den Leistungen und Pflegesätzen vergleichbarer Krankenhäuser messen lassen. Den medizinischen Erfordernissen, insbeson-

dere auch dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung, muß Rechnung getragen werden. Die nähere Ausgestaltung ist in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu regeln (siehe auch unten zu § 17 Abs. 2 a). Für die Ermittlung der Pflegesätze wird die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V) verbindlich. Beitragssatzerhöhungen sind nach § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V nicht grundsätzlich ausgeschlossen; sie sind vielmehr dann zulässig, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist. Bei der Abwägung der in § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Kriterien sind insbesondere der Versorgungsauftrag (vgl. § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V) und die zu seiner Erfüllung ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen angemessen zu berücksichtigen.

Auch bei der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V (siehe Artikel 1 zu Nummer 63) wird — wie bei den Pflegesätzen — nicht zwischen Sozialversicherten und Selbstzahlern differenziert.

Zu Buchstabe b

Die im Krankenhausbereich vorgesehenen strukturellen Maßnahmen werden nicht kurzfristig zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Für die Übergangsphase von 1993 bis 1995 wird deshalb zur Sicherung der Beitragssatzstabilität eine Höchstgrenze für die Budgets der einzelnen Krankenhäuser gesetzlich festgelegt. Nach Satz 1 wird der Zuwachs der Budgets grundsätzlich auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen begrenzt. Aufgrund des mit 67 % besonders hohen Anteils der Personalkosten an den Krankenhausbudgets bestimmt Satz 2, daß darüber hinausgehende Auswirkungen von linearen Tarifierhöhungen nach dem BAT zusätzlich berücksichtigt werden, soweit sie innerhalb des dreijährigen Zeitraumes nicht durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen aufgefangen werden; dies gilt auch für Arbeiter und Beamte. Dadurch werden die nicht von den Krankenhäusern beeinflussbaren Kostenwirkungen durch Tarifabschlüsse besonders berücksichtigt. Satz 3 legt Mehreinnahmen und Mehrkosten fest, die bei der Ermittlung des begrenzten Budgets zu berücksichtigen sind. Damit ist gewährleistet, daß die zusätzlichen Personalstellen nach der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung sowie nach einer Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Krankenhäuser zum Bedarf an Hebammen und Geburtshelfern zusätzlich finanziert werden. Die Regelung des festen Budgets für 1993 bis 1995 im einzelnen erfolgt nach Satz 4 durch die Änderung der Bundespflegesatzverordnung (siehe Artikel 12 Absätze 1 und 2).

Zu Buchstabe c

In dem neuen Absatz 2a wird vor allem vorgeschrieben, daß die Bundesregierung in der Bundespflege-

satzverordnung spätestens zum 1. Januar 1996 Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte zu bestimmen hat. Dies ist der Einstieg in ein leistungsorientiertes pauschaliertes Entgeltsystem im Krankenhausbereich, das so schnell und so weitgehend wie möglich eingeführt werden und die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten motivieren soll. Die Zahl der Sonderentgelte und Fallpauschalen ist nicht beschränkt. Sonderentgelte sollen dann auch für die teilstationäre Behandlung festgelegt werden, um den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe a) zu fördern.

Der Begriff „pauschalierte Sonderentgelte“ macht deutlich, daß die Festlegung der Höhe des Entgelts nicht — wie bisher — nach den krankhausindividuellen Kosten erfolgt, sondern landesweit vereinbart wird (§ 18 Abs. 3 Satz 3). Dies gilt ebenso für die Fallpauschalen. Demgegenüber wird das nicht über Sonderentgelte und Fallpauschalen abzurechnende Restbudget des Krankenhauses individuell vereinbart.

Satz 1 bestimmt, daß für Sonderentgelte und Fallpauschalen bundeseinheitliche Bewertungsrelationen (Punktzahlen) vorzugeben sind, mit denen die Kostenrelationen der einzelnen Leistungen gegeneinander abgestuft werden. Hierdurch wird erreicht, daß der hohe Aufwand für die Erstellung der Kalkulationsvorgaben nur einmal anfällt und weitere Aspekte, wie die Anforderungen der Qualitätssicherung, berücksichtigt werden. Regionale Unterschiede bei den Kosten oder den Versorgungsstrukturen können bei der Vereinbarung von Preisen (Punktwerten) auf der Landesebene berücksichtigt werden (vgl. § 18 Abs. 3 Satz 3).

Satz 2 läßt die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und Sonderentgelte auf der Landesebene zu. Darüber hinaus können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung zeitlich begrenzte Modellvorhaben vereinbaren. Für die Zwecke der Pflegesatzverhandlungen ist das voraus kalkulierte Budget nach Satz 3 gegenüber den Krankenkassen zur Erhöhung der Transparenz abteilungsbezogen aufzugliedern. Satz 4 sieht vor, daß für die Krankenhausabteilungen Abteilungspflegesätze zu bilden sind. Mit diesen werden die ärztlichen und pflegerischen Leistungen abgerechnet, die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden.

Nach Satz 5 ist für die nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßten Kosten ein Basispflegesatz vorzugeben. Dieser ist für das ganze Krankenhaus einheitlich, wird also nicht abteilungsbezogen aufgegliedert. Er enthält z. B. die Kosten von Unterkunft und Verpflegung, die Betriebskosten des Krankenhausgebäudes sowie die Kosten von Reinigung, Ver- und Entsorgung, Instandhaltung und Verwaltung. Bei Abteilungen mit Fallpauschalen kann in der Bundespflegesatzverordnung vom Basispflegesatz abgesehen werden. Damit kann dem Umstand Rechnung getragen werden, daß die Fallpauschalen bereits nichtmedizinische Vorhaltekosten enthalten, die auch Bestandteil des Basispflegesatzes sind.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu der neuen Mischform der Investitionsfinanzierung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Nummer 3).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neuen § 18 b (siehe zu Nummer 9). Sie stellt klar, daß die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen pflegesatzfähige Kosten sind. Zu den Kosten der Finanzierung gehören Zins- und Tilgungsbeträge sowie z. B. Gebühren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Klarstellung des Gewollten. Die Regelung des Absatzes 4 gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils (siehe auch § 14 Abs. 1 Satz 1 BpflV). Die Klarstellung ist zur Abgrenzung erforderlich geworden, weil nunmehr die teilweise öffentliche Förderung, bezogen auf das gesamte Krankenhaus, durch eine Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 zugelassen wird (siehe zu Nummer 3).

Zu Buchstabe e

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neuen § 8 Abs. 1 Satz 2, wonach die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren können (siehe zu Nummer 3). Die sog. Kappungsgrenze des § 17 Abs. 5 Satz 1 (Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser) wird wegen der Zulassung von Verträgen nach § 8 Abs. 1 Satz 2 künftig von erhöhter Bedeutung sein.

Bei dem erforderlichen individuellen Krankenhausvergleich ist als Vergleichskrankenhaus dasjenige der vergleichbaren Krankenhäuser auszuwählen, das bei einer Gesamtschau aller Strukturen (u. a. bauliche Gestaltung der Krankenhausgebäude, Art und Zahl der Fachabteilungen, Bettenzahl, Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter, Verweildauer, Nutzungsgrad) dem zu beurteilenden Krankenhaus am ähnlichsten ist (s. BVerwG — 3 C 69.85 — Urteil vom 6. November 1986, Buchholz 451.74 § 17 Nr. 10). Nicht selten werden mehrere geförderte Krankenhäuser vorhanden sein, die ähnliche Strukturdaten wie das zu beurteilende Krankenhaus aufweisen, ohne daß eines von ihnen eindeutig am ähnlichsten ist. Bei mehreren in gleicher Weise vergleichbaren Krankenhäusern ist dann dasjenige dieser Krankenhäuser mit dem höchsten Pflegesatz maßgebend; ein Durchschnittspflegesatz aller vergleichbaren Krankenhäuser wird nicht gebildet. Nach dem Gesetzeszweck sollen nämlich die Sozialleistungsträger nicht etwa niedrigere Pflege-

sätze entrichten, als sie sie für eines der vergleichbaren geförderten Krankenhäuser zu entrichten haben (so BVerwG, a. a. O.).

Kann bei teilweiser Investitionsförderung ein vergleichbares Krankenhaus nicht ermittelt werden, auch nicht durch Anrufung der Schiedsstelle nach § 18 Abs. 4 Satz 2 (siehe zu Nummer 8 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb), dürfen die eigenen Investitionskosten nur berücksichtigt werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben.

Da die Sozialleistungsträger die Hauptkostenträger sind, wird bei den nicht und den nur teilweise geförderten Krankenhäusern überwiegend der verminderte Pflegesatz abgerechnet werden. Dieser Pflegesatz steht in der Praxis im Vordergrund und bedarf deshalb der Vereinbarung oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle und der Genehmigung durch die Landesbehörde.

Zu Nummer 8 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Das bisherige Recht wird unter ausdrücklicher Einbeziehung der Ersatzkassen übernommen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Auch nach Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips (siehe zu Nummer 2) sind die Kosten- und Leistungsnachweise für die Ermittlung der Pflegesätze von Wert. Die Änderung trägt aber der verringerten Bedeutung der Kosten Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 17 Abs. 2 a (siehe zu Nummer 7 Buchstabe c). Die Höhe der Entgelte wird auf der Landesebene vereinbart. Die Beteiligten können auch ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung vereinbaren; dieses ist Bestandteil des Basispflegesatzes. Hinsichtlich des Restbudgets bleibt es bei der krankenhausesindividuellen Vereinbarung. In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 kann bestimmt werden, unter welchen Voraussetzungen die Parteien der Pflegesatzvereinbarung Zu- oder Abschläge für Krankenhäuser vereinbaren können, insbesondere um damit einer besonderen Versorgungssituation oder einem besonderen Leistungsangebot, z. B. in medizinischen Hochleistungszentren, Rechnung zu tragen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Kommt über die Höhe der Entgelte gemäß Absatz 3 Satz 3 auf Landesebene eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet — wie bei der Pflegesatzvereinbarung — die Schiedsstelle.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach § 17 Abs. 5 (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e) ist für die Pflegesatzbegrenzung bei nicht oder nur teilweise öffentlich geförderten Krankenhäusern auf die Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser abzustellen. Die Rechtsfolge, wonach nur der verminderte Pflegesatz gefordert werden kann, ergibt sich zwar unmittelbar aus dem Gesetz. Nicht selten ist aber die Vergleichbarkeit umstritten, und zwar bei Einigung im übrigen. Die Änderung trägt dem Bedürfnis Rechnung, die Frage der Vergleichbarkeit isoliert der Schiedsstelle vorlegen zu können.

Zu Nummer 9 (§ 18b)

Nach dem im Krankenhausbereich grundsätzlich geltenden Prinzip der „dualen Finanzierung“ werden Investitionen durch Fördermittel der Länder finanziert. Als Ausnahme ist den Krankenkassen in § 18 b die Möglichkeit eröffnet worden, Investitionsverträge zur Finanzierung von pflegesatzentlastenden Investitionen abzuschließen. Diese Möglichkeit ist bisher nicht ausgeschöpft worden.

Zu Buchstabe a

Die Sätze 1 und 2 verpflichten deshalb die Vertragsparteien zum Abschluß eines Investitionsvertrages, wenn eine Rationalisierungsinvestition das Budget des Krankenhauses und damit auch die Krankenkassen entlastet. Voraussetzung ist, daß die erreichbare Senkung der Betriebskosten so hoch ist, daß damit die Investitions- und Finanzierungskosten in spätestens sieben Jahren gedeckt werden können und zusätzlich das Budget entlastet wird. Die Entlastung kann in oder nach dem Zeitraum von sieben Jahren erfolgen. Durch diese Einschränkungen werden Investitionsverträge auf Vorhaben begrenzt, die zu einer relativ hohen Entlastung der Betriebskosten beitragen. Soweit ein Investitionsvorhaben diese Kriterien nicht erfüllt, kann der Krankenhausträger prüfen, ob eine private Finanzierung über § 17 Abs. 5 möglich ist.

Das Krankenhaus hat eine entsprechende Berechnung über die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme vorzulegen. Satz 3 bestimmt, daß die Vertragsparteien grundsätzlich an die zugrunde gelegten Annahmen gebunden sind. Treten die Einsparungen nicht in der erwarteten Höhe ein, so hat das Krankenhaus daraus entstehende Unterdeckungen zu tragen; Budget und Pflegesatz werden nicht verändert. Sind die Einsparungen höher als erwartet, verbleiben die Über-

schüsse ebenfalls dem Krankenhaus. Diese Regelung ist auf den Amortisationszeitraum begrenzt. Sie gilt nicht, soweit die angenommenen Rationalisierungswirkungen deshalb nicht eintreten, weil vom Krankenhaus nicht zu beeinflussende Preisentwicklungen, z. B. bei der Energieversorgung, dies verhindern.

Nach Satz 4 ist zur Beurteilung, ob ein Vorhaben den Voraussetzungen nach Satz 2 entspricht, das Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen einzuholen; darauf kann verzichtet werden, soweit die Wirkung der Rationalisierungsmaßnahme zwischen den Vertragsparteien unstrittig ist. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, entscheidet nach Satz 5 die Schiedsstelle.

Über Investitionsverträge dürfen deshalb nur echte Rationalisierungsinvestitionen finanziert werden, nicht jedoch die Anschaffung oder Wiederbeschaffung von z. B. medizinisch-technischen Geräten. Insbesondere in den Bereichen der Wasser- und Energieversorgung, Wäscheversorgung und Küchenversorgung bestehen erhebliche Einsparungsmöglichkeiten durch Rationalisierungsinvestitionen.

Investitionsverträge werden insbesondere in den neuen Bundesländern dazu beitragen, kurzfristig Mittel bereitzustellen.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 2 berührt der Abschluß von Investitionsverträgen nicht die Verpflichtung des Landes, genügend Fördermittel zur Finanzierung der Investitionskosten bereitzustellen. Die bisher nach Absatz 2 Satz 2 erforderliche Zustimmung des Landes zu den Investitionsverträgen entfällt, da die Begrenzung auf Rationalisierungsinvestitionen die Krankenhausplanung des Landes nicht berührt und zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. Der neu gefaßte Satz 2 schreibt die Übermittlung des Investitionsvertrages an die Landesbehörde vor, um eine Koordination dieser Investitionen mit der Investitionsfinanzierung der Länder zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Da die Voraussetzungen für den Abschluß von Investitionsverträgen nunmehr abschließend in Absatz 1 festgelegt sind, entfällt die bisher in Absatz 3 vorgesehene Regelung, daß Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen durch Landesrecht bestimmt wird.

Zu Nummer 10 (§ 20)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 17 Abs. 5 Satz 1 an (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e).

Zu Nummer 11 (§ 21)

Durch die geltende Sonderregelung des § 25 für die neuen Bundesländer ist — im Hinblick auf die sehr unterschiedliche Kostensituation in den neuen Ländern einerseits und in den alten Ländern andererseits — gegenüber § 17 Abs. 5 Satz 1 klargestellt worden, daß nur Krankenhäuser in den neuen Ländern untereinander verglichen werden dürfen. Die Sonderregelung ist in § 21 Abs. 2 Satz 2 bis zum 31. Dezember 1993 befristet worden. Da die unterschiedliche Kostensituation voraussichtlich darüber hinaus andauern wird, wird nunmehr die Geltungsdauer des § 25 um weitere zwei Jahre verlängert. Im übrigen gelten die weiteren Regelungen in § 17 Abs. 4 Satz 2 bis 4 (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e) unmittelbar und sofort auch für die Krankenhäuser in den neuen Ländern.

Zu Nummer 12 (§ 25)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 17 Abs. 5 Satz 1 an (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e).

Zu Artikel 12 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Änderungen der Bundespflegesatzverordnung stehen weitgehend in Zusammenhang mit der Begrenzung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1993 bis 1995 und haben insoweit Übergangscharakter. Eine durchgehende Neuregelung erfolgt mit der Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Zu Absatz 1

Die folgenden Regelungen zur Bundespflegesatzverordnung gelten nur für die Kalenderjahre 1993 bis einschließlich 1995. In diesem Zeitraum dürfen nach § 17 Abs. 1 a KHG die Budgets und die Pflegesätze der Krankenhäuser grundsätzlich nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen.

Gleichzeitig können innerhalb des Budgets ab 1. Januar 1993 neue Sonderentgelte, Fallpauschalen und Abteilungspflegesätze vereinbart werden. Dies ist ein erster, zukunftsweisender Schritt in Richtung auf das ab dem 1. Januar 1996 verbindlich einzuführende neue Entgeltsystem. Der Bundesminister für Gesundheit wird bereits zum 1. Juni 1993 einen Entwurf zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) mit Katalogen für Sonderentgelte und Fallpauschalen sowie Kalkulationsvorgaben vorlegen. Diese sollen den Krankenhäusern zur weiteren Orientierung dienen und den Einstieg in das neue Entgeltsystem erleichtern.

Nach Absatz 2 treten die Regelungen des Absatzes 1 bereits im Jahr 1995 für die Krankenhäuser außer Kraft, die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach dem dann geltenden, neuen Recht vereinbaren.

Zu Nummer 1

Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 3 Abs. 1)

Die Neufassung der Vorschrift berücksichtigt in Nummer 1, daß ab dem 1. Januar 1993 innerhalb des Budgets Sonderentgelte und Fallpauschalen vereinbart werden können. Nummer 2 stellt klar, daß nur die bereits aufgrund des bisher geltenden Rechts vereinbarten Sonderentgelte außerhalb des Budgets abgerechnet werden können; auch bei ihnen wird der Zuwachs der Entgelthöhe begrenzt.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Mit der Bundespflegesatzverordnung von 1985 wurde die „flexible Budgetierung“ eingeführt. Das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget bestimmt seitdem die Höhe der Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der Pflegesatz, der mit den Krankenkassen abgerechnet wird, hat nur noch die Funktion einer Abschlagszahlung (Verrechnungsgröße), mit der das Budget auf die Krankenkassen verteilt wird. Bei der flexiblen Budgetierung wird das vereinbarte Budget anteilig mit 25 Prozent angepaßt, wenn die Belegung des Krankenhauses im Pflegesatzzeitraum steigt oder sinkt. Der neue § 4 führt dagegen ein „festes Budget“ ein, das nicht an eine veränderte Belegung angepaßt wird.

Zu Absatz 1

Satz 1 greift die Vorschrift des § 17 Abs. 1 a KHG auf, nach der in den Jahren 1993 bis einschließlich 1995 die Budgets und die Pflegesätze höchstens mit der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen erhöht werden dürfen. Satz 2 eröffnet die Möglichkeit, unter Einhaltung der Budgetobergrenze, bereits ab dem 1. Januar 1993 Sonderentgelte, Fallpauschalen und Abteilungs-pflegesätze zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Berechnungsgrundlage für die Steigerung der Budgets in den Folgejahren ist das Budget des Jahres 1992 entsprechend Abschnitt K 4.2 lfd. Nr. 4 des Kosten- und Leistungsnachweises.

Dieses ist nach Satz 2 (Nummer 1) Buchstabe a um die darin enthaltenen Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume nach Abschnitt K 4.1 des Kosten- und Leistungsnachweises zu bereinigen. Nach Buchstabe b sind die von den Krankenkassen im Budget 1992 akzeptierten Instandhaltungskosten für größere, gesondert vereinbarte Maßnahmen aus diesem Budget herauszunehmen, sobald die Finanzierung der Maßnahme abgeschlossen ist.

Satz 3 (Nummer 2) bestimmt, daß das Budget des Basisjahres 1992 entsprechend dem bis zum 31. Dezember 1992 geltenden § 4 berichtigt wird. Durch diese Berichtigungen werden Schätzfehler der Vertragsparteien bei der prospektiven Vereinbarung des Budgets korrigiert. Buchstabe a schreibt als Ausgangsbasis 1992 das „flexible Budget“ vor, das nach dem geltenden § 4 Abs. 1 Satz 2 gegenüber dem vereinbarten Budget anteilig um 25 % an eine eingetretene, höhere oder niedrigere Belegung angepaßt worden ist. Nach Buchstabe b wird das Budget aufgrund einer nicht zutreffend geschätzten Tariflohnerhöhung sowie einer Neuvereinbarung des Budgets korrigiert.

Satz 4 (Nummer 3) bestimmt, daß das Ausgangsbudget 1992 berichtigt wird, soweit die Kosten neu vereinbarter Personalstellen noch nicht voll enthalten sind. Entsprechend werden nach § 4 Abs. 6 Einsparungen durch nicht besetzte Stellen gegengerechnet.

Satz 5 (Nummer 4) berücksichtigt die besondere Situation der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. Bei ihnen ist das Ausgangsbudget 1992 dann neu zu vereinbaren, wenn die Budgetverhandlungen von falschen Annahmen ausgingen.

Werden Budgets für vom Kalenderjahr abweichende Pflegesatzzeiträume vereinbart, so sind nach Satz 6 zur Berechnung des Ausgangsbudgets 1992 (Berechnungsgrundlage) die auf das Kalenderjahr 1992 entfallenden Anteile der Budgets zu ermitteln, die im Jahr 1992 gegolten haben. Die Budgetanteile sollen sachgerecht ermittelt werden, d. h. unter Berücksichtigung von Höhe und Wirkungsdauer darin enthaltener Veränderungen von z. B. Leistungsangebot, Kostenstrukturen, Tariflohnerhöhungen und Zahl der Personalstellen. Dabei ist bei dem geltenden prospektiven Verhandlungsprinzip der Inhalt der jeweiligen Budgetvereinbarung zu berücksichtigen, nicht die tatsächlich im Krankenhaus eingetretene Situation.

Satz 7 bestimmt die Berechnungsgrundlage für Krankenhäuser, die erstmals in Betrieb genommen werden. Eine Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen ist erst dann möglich, wenn ein Budget vorliegt, das den ganzjährigen vollen Betrieb beinhaltet.

Geht ein Teil eines Krankenhauses erstmals in Betrieb, wird durch Satz 8 nur der Budgetanteil nicht an das Basisjahr 1992 gebunden, der auf diesen Teil des Krankenhauses entfällt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 schreibt vor, wie die Budgetobergrenze zu ermitteln ist.

Zu Nummer 1

Nummer 1 regelt die jährliche Fortschreibung des Basisbudgets des Jahres 1992. Für die Ermittlung der Budgetobergrenze wird das Budget um die tatsächlich eintretende Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen erhöht. Diese wird nach § 270 SGB V ermittelt und

nach § 270 a SGB V durch den Bundesminister für Gesundheit für das Vorjahr festgestellt. Zur Voraus-schätzung dieser Veränderungsrate im Rahmen der Budgetverhandlung sowie zum erforderlichen Aus-gleich nach Absatz 7 Satz 2 vgl. die Begründung zu Absatz 7.

Zu Nummer 2

Nummer 2 schreibt vor, welche Tatbestände bei der Ermittlung der Budgetobergrenze zusätzlich zu berücksichtigen sind.

Nach Buchstabe a ist ab dem 1. Januar 1993 der nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a BPfIV erhöhte Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigen. Insbesondere in den Jahren 1994 und 1995 kann es sich in Ausnahmefällen — bei einem Rückgang der Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen — auch um einen geringeren Betrag handeln. Buchstabe a bestimmt für die Ermittlung der Budgetobergrenze, daß jeweils die Differenz zwischen den im Pflegesatzzeitraum abzusetzenden Kostenabzügen und den in der Berechnungsgrundlage (Kalenderjahr 1992) enthaltenen Kostenabzügen zu berücksichtigen ist. Die im Budget 1992 enthal-tenen Kostenabzüge sind nach dem bisherigen § 13 Abs. 3 Nr. 6 in Verbindung mit Abschnitt K 5.2 lfd. Nr. 7 des Kosten- und Leistungsnachweises zu ermit-teln (Faktor +0,06). Bei der vorgegebenen Differenz-rechnung werden automatisch die Kostenabzüge, die 1992 in die Sonderentgelte kalkuliert wurden, berück-sichtigt; in den Jahren 1993, 1994 und 1995 werden die Kostenabzüge ausschließlich über das Budget ver-rechnet. Der Betrag für den neuen Pflegesatzzeitraum kann zum Zeitpunkt der Pflegesatzverhandlungen nur vorausgeschätzt werden; dabei auftretende Schätzfehler werden nach Absatz 8 berichtigt.

Buchstabe b bestimmt, daß die Kosten aufgrund der neuen Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung sowie einer Empfehlung nach § 19 Abs. 1 KHG zum Bedarf an Hebammen und Entbindungspflegern die Budgetobergrenze erhöhen. Die Kosten sind für das einzelne Krankenhaus unab-hängig von dem Betrag nach Buchstabe a zu berück-sichtigen. Ihre Finanzierung wird damit trotz der grundsätzlichen Begrenzung der Budgets sicherge-stellt. Da mit der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung eine leistungsorien-tierte Personalbemessung eingeführt wird, kann in Ausnahmefällen eine Absenkung der Budgetober-grenze erforderlich werden. Die Pflege-Personalre-gelung gilt für die Leistungen des Pflegepersonals, die im Rahmen von Fallpauschalen vergütet werden, als Kalkulationsgrundlage.

Buchstabe c bestimmt, daß die Budgetobergrenze um die Kosten erhöht wird, die aufgrund von neuen krankenhausspezifischen Rechtsvorschriften entste-hen.

Nach Buchstabe d wird die Budgetobergrenze für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in Höhe der pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten herauf-gesetzt, die ab dem 1. Januar 1994 auch dort — wie

schon bisher in den alten Bundesländern — nicht mehr über erhöhte Fördermittelpauschalen der Länder finanziert werden.

Buchstabe e ermöglicht die Erhöhung des Budgets für den Fall, daß eine bisher bestehende Vereinbarung zur Abrechnung von Sonderentgelten außerhalb des Budgets ganz oder zum Teil nicht mehr verlängert wird. Im Hinblick auf den geänderten § 6 Abs. 3 ist eine solche Veränderung kostenneutral.

Buchstabe f ermöglicht in eng begrenzten Fällen die Berücksichtigung von Strukturänderungen. Voraus-setzung ist, daß diese Veränderung des Leistungsan-gebots nach Maßgabe der Krankenhausplanung durch das Land rechtsverbindlich festgelegt worden ist; dies gilt auch für die entsprechende Planung im Hochschulbereich, die inhaltlich mit der Kranken-hausplanung zusammenhängt.

Zu Absatz 4

Satz 1 schreibt vor, daß bei der Vereinbarung des prospektiven Budgets die Vorgaben nach Absatz 3 zu beachten sind; außerdem soll leistungsorientiert ver-handelt werden.

Satz 2 bestimmt, daß Gewinne oder Verluste aus dem pflegesatzfähigen Bereich nicht ausgeglichen, d. h. im Rahmen des neuen Budgets nicht verrechnet werden. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus jedoch nur, soweit es seinen Versorgungsauftrag erfüllt hat; mit dieser Einschränkung soll verhindert werden, daß Gewinne durch medizinisch nicht gerechtfertigte Lei-stungsminderungen erzielt werden.

Satz 3 verhindert, daß in dem Zeitraum von 1993 bis 1995 Wirtschaftlichkeitserfolge des Krankenhauses durch die Vereinbarung eines niedrigeren Budgets im Folgejahr abgeschöpft werden; das Krankenhaus soll diesen Vorteil behalten. Der bei dem bisherigen Selbstkostendeckungsprinzip eintretende „Keller-treppeneffekt“ soll vermieden werden. Damit sollen in den Krankenhäusern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten sowie zusätzliche Finanzierungsspiel-räume gegeben werden.

Nach Satz 4 sollen für die Jahre 1993 bis 1995 Budgets vereinbart werden, die der Budgetobergrenze nach den Absätzen 1 und 3 entsprechen. Nach der Aufhe-bung des Selbstkostendeckungsprinzips sollen die Krankenhäuser während des ganzen Zeitraums der begrenzten Budgeterhöhungen die Möglichkeit er-halten, Gewinne aus einer verbesserten Wirtschaft-lichkeit zu erzielen. Die Krankenkassen sollen diese Gewinne nicht durch Absenkung der folgenden Bud-gets verhindern. Ein Budget unterhalb der Budget-obergrenze soll jedoch dann vereinbart werden, wenn dies aufgrund vorhersehbarer, wesentlicher Änderun-gen in der Leistungsstruktur oder der Leistungsmenge erforderlich ist. Der letzte Halbsatz stellt klar, daß Verweildauerverkürzungen und eine deshalb verrin-gerte Zahl der Berechnungstage keine Verringerung der Krankenhausleistung ist.

Nach Satz 5 kann die nach Absatz 3 ermittelte Budgetobergrenze auch dann ausgeschöpft werden,

wenn für ein vorhergehendes Kalenderjahr ein Budget unterhalb dieser Grenze vereinbart wurde. Diese Regelung kann die Vereinbarung eines niedrigeren Budgets erleichtern, weil das Krankenhaus nicht befürchten muß, für die folgenden Pflegesatzzeiträume auf diese niedrigere Basis festgelegt zu sein. Voraussetzung für eine Budgeterhöhung ist jedoch, daß ihr eine entsprechende Änderung der Krankenhausleistungen gegenübersteht.

Satz 6 schreibt vor, daß die nach dem bisher geltenden § 4 vorgeschriebenen Ausgleichs- und Berichtigungen für das Jahr 1992 über das Budget für das Jahr 1993 verrechnet werden.

Satz 7 stellt klar, daß durch die Budgetobergrenze lediglich der Teil des Budgets begrenzt wird, der aufgrund der Kosten- oder Leistungssituation im Pflegesatzzeitraum vereinbart wird. Budgetanteile für notwendige Verrechnungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt; sie führen dazu, daß das vereinbarte Budget unterhalb oder oberhalb der Budgetobergrenze liegen kann.

Zu Absatz 5

Das Krankenhaus hat Anspruch auf das vereinbarte Budget. Reichen die Abschlagszahlungen aufgrund der vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Pflegesätze nicht aus, um den Budgetbetrag zu finanzieren, sind die Mindererlöse von den Krankenkassen nachzuzahlen. Wird der Budgetbetrag dagegen überschritten, muß das Krankenhaus die Mehrerlöse zurückzahlen. Das gleiche gilt nach Satz 2 für die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren; auch sie stellen im Zeitraum der Budgetbegrenzung von 1993 bis 1995 lediglich Abschlagszahlungen auf das Budget dar. Diese Erlöse werden auf das Budget angerechnet, weil davon ausgegangen wird, daß die entsprechenden Patienten bereits heute vollstationär im Krankenhaus behandelt werden. Das Krankenhaus kann durch diese Behandlungsformen seine Kosten senken. Die Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung und für ambulantes Operieren sind nur so weit zu berücksichtigen, als sie nicht bereits im Jahr 1992 als Kosten ambulanter Leistungen des Krankenhauses oder als Kosten ambulanter Leistungen von Krankenhausärzten aus dem Budget ausgegliedert wurden; hierdurch wird ein doppelter Abzug vermieden.

Satz 1 schreibt im Gegensatz zur bisherigen „flexiblen Budgetierung“ einen vollen Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse vor. Dadurch wird der vereinbarte Budgetbetrag auch bei einer veränderten Belegung und veränderten Erlösen aus vor- und nachstationärer Behandlung und ambulantem Operieren eingehalten (festes Budget). Das Krankenhaus muß mit dem vereinbarten Budget oder der vorgegebenen Budgetobergrenze auskommen; hierdurch entsteht ein starker Druck, Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu ergreifen. Andererseits erhalten Krankenhäuser, die die Verweildauer verkürzen, den vollen Budgetbetrag und damit die Möglichkeit, Überschüsse zu erzielen.

Da eine Verrechnung der Ausgleichsbeträge — wie bisher — nur über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes möglich ist, stellt Satz 2 klar, daß bereits Teilbeträge verrechnet werden können, wenn eine endgültige Berechnung des Ausgleichsbetrages zum Zeitpunkt der Verhandlungen noch nicht möglich ist.

Zu Absatz 6

Absatz 6 stellt sicher, daß die Krankenhäuser keine Vorteile aus der Nichtbesetzung z. B. der neuen Stellen ziehen, die ihnen von den Krankenkassen im Jahr 1992 im Vorgriff auf die Pflege-Personalregelung zugestanden wurden. Diese Regelung steht im Zusammenhang mit den entsprechenden Vorschriften der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung sowie mit der zusätzlichen Berücksichtigung nicht ganzjährig eingerechneter neuer Stellen nach Absatz 2 Nr. 3.

Zu Absatz 7

Satz 1 stellt klar, daß die Vertragsparteien an das Budget gebunden sind.

Zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung, in der Regel im Herbst des Jahres, kann die tatsächliche Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, die für die Budgetobergrenze des folgenden Jahres maßgeblich ist, nur vorausgeschätzt werden. Zur weiteren Orientierung wird der Bundesminister für Gesundheit im Februar eine Vorausschätzung für das laufende Kalenderjahr im Bundesanzeiger bekanntgeben (§ 270 a SGB V). Die tatsächlich eingetretene Erhöhung wird ebenfalls dort veröffentlicht.

Satz 2 schreibt vor, daß Abweichungen zwischen der Schätzung der Vertragsparteien und der tatsächlich eintretenden Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen berichtigt werden.

Der Budgetvereinbarung liegt in der Regel eine Einigung über Zahl und Art der Personalstellen zugrunde. Die Personalkosten ergeben sich danach aufgrund der Tarifgehälter. Für Krankenhäuser, für die eine Korrektur nach Satz 2 nicht möglich ist, bestimmt Satz 3 deshalb, daß Fehlschätzungen der bei Vertragsabschluß noch nicht bekannten Tarifierhöhungen — wie bisher — auszugleichen sind, soweit die Budgetobergrenze dadurch nicht überschritten wird. Ein Ausgleich ist notwendig, da die zum Teil erheblichen Fehlschätzungen bei einem Personalkostenanteil von durchschnittlich 67 % grundsätzlich nicht durch betriebliche Gegenmaßnahmen des Krankenhauses aufgefangen werden können.

Nach Satz 4 ist der Berichtigungsbetrag so früh wie möglich über ein nachfolgendes Budget zu verrechnen.

Satz 5 gibt den Vertragsparteien die bereits nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, im voraus

einen Wagniszuschlag zu vereinbaren und dafür auf eine spätere Berichtigung der Fehlschätzungen zu verzichten.

Zu Absatz 8

Zur Ermittlung des Kostenabzugs für wahlärztliche Leistungen müssen für den Pflegesatzzeitraum auch die Einnahmen aus diesen Leistungen vorauskalkuliert werden. Da die tatsächlich berechneten Gebühren zu berücksichtigen sind (§ 13 Abs. 3 Nr. 6 und 6 a), schreibt Absatz 8 vor, daß Schätzfehler berichtigt werden.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift ist eine Ausnahmeregelung, von der in der Praxis nur Gebrauch gemacht werden kann, wenn wesentliche unvorhersehbare Änderungen das vereinbarte Budget insgesamt in Frage stellen. Zur Vereinbarung eines geänderten Budgetbetrages kommt es nur dann, wenn sich beide Vertragsparteien darauf einigen. Erzielen sie keine Einigung, entscheidet die Schiedsstelle. Ein Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist so bald wie möglich durch entsprechend veränderte Pflegesätze zu verrechnen. Soweit dies aufgrund einer zu kurzen Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums nicht möglich oder angemessen ist, wird der Restbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums verrechnet.

Zu Absatz 10

Absatz 10 schreibt vor, daß nach dem derzeit geltenden Recht vereinbarte Budgets an die neuen Vorschriften anzupassen sind, soweit sie für das Jahr 1993 vereinbart wurden.

Zu Nummer 4 (§ 5 Abs. 1)

Die Parteien der Pflegesatzvereinbarungen können ab dem 1. Januar 1993 Sonderentgelte und Fallpauschalen innerhalb des Budgets vereinbaren. Nummer 4 bestimmt, daß vor der Berechnung der tagesgleichen Pflegesätze nach § 5 die Erlöse aus diesen neuen Entgelten sowie aus der vor- und nachstationären Behandlung und für ambulantes Operieren vom Budget abzuziehen sind. Die verschiedenen Entgeltformen zusammen erbringen diesen Budgetbetrag. Die Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung und für ambulantes Operieren sind nur so weit zu berücksichtigen, als sie nicht bereits im Jahr 1992 als Kosten ambulanter Leistungen des Krankenhauses oder als Kosten ambulanter Leistungen von Krankenhausärzten aus dem Budget ausgegliedert wurden; hierdurch wird ein doppelter Abzug vermieden.

Zu Nummer 5 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung der Überschrift wird deutlich, daß die Vertragsparteien nun auch Fallpauschalen vereinbaren können.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der Absätze 3 und 4. Die Absätze 3 und 4 unterscheiden zwei unterschiedliche Regelungen.

Absatz 3 beläßt die nach bisherigem Recht vereinbarten Sonderentgelte außerhalb des Budgets.

Die Höhe der Vergütung wird jedoch entsprechend dem Budgetbereich begrenzt. Die Leistungsmenge je Sonderentgelt wird nicht festgeschrieben, um die bestehenden Finanzierungsbedingungen mit leistungsbezogenen Entgelten in diesem Bereich der besonders aufwendigen und für die Patientenversorgung bedeutsamen Leistungen nicht zu verändern. Eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität der Krankenkassen ist nicht zu befürchten, da die Leistungen nach § 6 nicht beliebig vermehrbar sind und über Sonderentgelte derzeit lediglich etwa 3 % der pflegesatzfähigen Krankenhauskosten abgerechnet werden.

Satz 2 bestimmt, daß die für das Kalenderjahr 1992 vereinbarte Vergütung nicht stärker erhöht werden darf, als dies für den Budgetbereich gilt. Die Sonderentgelte des Jahres 1992 sind zu bereinigen um den nach Abschnitt K 6.3 lfd. Nr. 2 des Kosten- und Leistungsnachweises einkalkulierten Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen (Faktor +0,06). Der Kostenabzug wird künftig allein über das Budget verrechnet (vgl. zu Nummer 2: § 4 Abs. 3 Nr. 2 a).

Satz 3 schreibt die nachträgliche Berichtigung von Sonderentgeltvereinbarungen vor, wenn die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen falsch geschätzt wurde (vgl. zu Nummer 2: § 4 Abs. 7 Satz 2 und 3). Die Berichtigungsbeträge sind nicht über die Sonderentgelte, sondern über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen. Durch diese Regelung sollen irritierende Veränderungen der Höhe der Sonderentgelte vermieden werden; das Budget wird durch die Verrechnungsbeträge nur unmerklich beeinflusst.

Zu Buchstabe c

Absatz 4 bestimmt, daß während des Zeitraumes der Budgetbegrenzung neue Sonderentgelte und Fallpauschalen nur innerhalb des Budgets vereinbart werden können. Damit soll sichergestellt werden, daß die angestrebten Einsparziele erreicht werden. Satz 2 regelt, daß der Landespflegesatzausschuß Empfehlungen zur Höhe der Vergütung geben kann. Diese ist nach Satz 3 bei der Pflegesatzvereinbarung angemessen zu berücksichtigen.

Die Sonderentgelte sollen nach Satz 4 hinsichtlich der Leistungs- und Kostenabgrenzung entsprechend dem geltendem Recht vereinbart werden, weil auch die ab dem Jahr 1995 einzuführenden pauschalierten Sonderentgelte entsprechend abgegrenzt werden. Die Vertragsparteien können sich bis zu einer entsprechenden Änderung der Bundespflegesatzverordnung bei der Vereinbarung neuer Sonderentgelte insbesondere an dem vom Bundesminister für Gesundheit vorgelegten Katalog der Sonderentgelte orientieren. Dies dient der Vorbereitung auf die verbindliche Einführung dieser Vergütungsformen ab 1996.

Zu Nummer 6 (§ 11 Abs. 3a)

Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte an das Krankenhaus für wahlärztliche Leistungen sowie des entsprechenden Kostenabzugs zur Entlastung der pflegesatzfähigen Kosten wird aus Gründen der Rechtssicherheit bei bestehenden Chefarztverträgen auf die danach für diese Leistungen vereinbarten Nutzungsentgelte abgestellt.

Damit den Krankenhäusern während des Budgetierungszeitraums der Jahre 1993 bis 1995 zur Erhaltung finanzieller Spielräume ein wesentlicher Teil des frei verfügbaren Vorteilsausgleichs verbleibt, wird für diesen Zeitraum die vom 1. Januar 1996 an bei Altverträgen geltende Kostenerstattung an das Krankenhaus in Höhe von 85 % der vertraglich vereinbarten Abgaben (vgl. Absatz 3 Nr. 6 Buchstabe b und Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb in Verbindung mit Artikel 33 Abs. 4) auf 60 % dieser Kostenerstattung beschränkt. Gleichzeitig wird zur Sicherstellung der vollen Pflegesatzentlastung auch während des Budgetierungszeitraums der Kostenabzug des Krankenhauses für wahlärztliche Leistungen in diesem Zeitraum um 10 % der für diese Leistungen berechneten Gebühren aufgestockt (vgl. Absatz 1 Nr. 7 Buchstabe b). Insoweit wird der Kostenabzug des Krankenhauses durch eine zusätzliche Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte in entsprechendem Umfang gedeckt. Die ursprünglich schon vom 1. Januar 1993 an vorgesehene Erhöhung der Gebührenminderung nach den Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte wird für die Jahre 1993 bis 1995 ausgesetzt.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift enthält die für den Budgetierungszeitraum der Jahre 1993 bis 1995 maßgebliche Regelung des Kostenabzugs für wahlärztliche Leistungen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte mit Altverträ-

gen. Auf die Begründung zu Absatz 1 Nr. 6 wird verwiesen.

Zu Nummer 8 (§ 17 Satz 2 erster Halbsatz)

Die Vorschrift wird redaktionell an die neuen Regelungen angepaßt.

Zu Nummer 9 (§ 20 Abs. 1)

Die Vorschrift bestimmt, daß der Landespflegesatzausschuß auch Empfehlungen geben kann, wie der nach § 5 Abs. 1 vorgeschriebene Erlösabzug für die neu vereinbarten Sonderentgelte und Fallpauschalen sowie für die Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren im Kosten- und Leistungsnachweis umgesetzt werden soll.

Zu Nummer 10 (§ 21 Abs. 2)

Die Vorschrift bindet die Erlöse derjenigen Krankenhäuser an die Entwicklung der Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1, die mit den Krankenkassen abweichende Entgeltregelungen vereinbart haben, z. B. Modellvorhaben mit Fallpauschalen. Die Regelung begünstigt Verkürzungen der Verweildauer. Je nach Vereinbarung und Inhalt des Modellvorhabens haben die Vertragsparteien die Vorgaben des § 4 entsprechend umzusetzen.

Zu Nummer 11 (Anlage 1)

Die Novellierung des Verordnungstextes führt im Kosten- und Leistungsnachweis der Krankenhäuser zu Folgeänderungen.

Die Vorschriften der Buchstaben a bis c und e passen verschiedene Verweisungen und Zeilenbezeichnungen an.

Buchstabe d fügt eine zusätzliche Zeile ein, in der die Kostenabzüge für wahlärztliche Leistungen auszuweisen sind. Die bisherige Berücksichtigung im Rahmen der Äquivalenzziffernrechnung entfällt (vgl. Buchstaben f und g).

In Buchstabe e wird auch die bisherige Zeile 7 für einen möglichen Zuschlag nach dem bisherigen § 4 Abs. 5 ersetzt, nach dem Wirtschaftlichkeitserfolge des Krankenhauses auch noch in folgenden Pflegesatzzeiträumen honoriert werden konnten. Die Regelung wird ersetzt durch die Einführung des festen Budgets nach § 4 Abs. 5.

Die Buchstaben f und g verändern Zeileninhalte, weil die Kostenabzüge für wahlärztliche Leistungen nicht mehr im Rahmen der Äquivalenzziffernrechnung, sondern in Blatt K 3 lfd. Nr. 15a berücksichtigt werden.

Zu Nummer 12 (Anlage 2)

Nummer 12 enthält eine redaktionelle Folgeänderung im zusätzlichen Kostennachweis für nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, mit dem Investitionskosten geltend gemacht werden.

Zu Nummer 13 (Anhang 2 zum KLN)

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, daß die Vergütung der Krankenhäuser, die bereits 1995 die Sonderentgelte und Fallpauschalen nach dem dann in Kraft getretenen neuen Recht vereinbaren, bereits in diesem Jahr nicht mehr auf die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen begrenzt wird. Durch diese Regelung soll ein Anreiz zur schnellen Einführung leistungsbezogener Entgelte gegeben werden.

Zu Absatz 3**Zu Nummer 1 (§ 4 a)**

Der Zuwachs der Budgets wird grundsätzlich auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen begrenzt. Aufgrund des mit 67 % besonders hohen Anteils der Personalkosten an den Krankenhausbudgets bestimmt § 17 Abs. 1a Satz 2 KHG, daß darüber hinausgehende Auswirkungen von linearen Tarifierhöhungen zusätzlich berücksichtigt werden, soweit sie innerhalb des dreijährigen Budgetierungszeitraumes nicht durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen gedeckt werden. Dadurch werden die von den Krankenhäusern nicht beeinflussbaren Kostenwirkungen aufgrund von Tarifabschlüssen besonders berücksichtigt. Der ausgleichende Betrag wird ermittelt, indem aufbauend auf dem Ausgangsbudget 1992 eine alternative Vergleichsrechnung sowohl mit der Entwicklung der Vergütung nach dem Bundesangestellentarifvertrag (BAT) als auch mit der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen durchgeführt wird. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die nicht dem BAT unterliegen sowie für die Vergütung von Arbeitern und Beamten.

Es ist nur die lineare Erhöhung der tariflichen Vergütung zu berücksichtigen; Einmalzahlungen, die als Ausgleich für eine verspätete Erhöhung der Tarife gezahlt werden, sowie absolute Beiträge anstelle der linearen Erhöhung sind entsprechend umzurechnen.

Ergibt sich aus der Vergleichsrechnung eine höhere Belastung der Krankenhäuser nach dem BAT, ist der übersteigende Betrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes, d. h. ab dem Jahre 1996, zu verrechnen. Satz 2 ermöglicht eine frühe Verrechnung von Abschlagszahlungen.

Nach Satz 3 ist für Krankenhäuser, die bereits im Jahre 1995 in das neue Entgeltsystem einsteigen und deshalb vorzeitig aus der Budgetbegrenzung entlassen werden, die Vergleichsrechnung entsprechend für die Jahre 1993 und 1994 durchzuführen.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Die Vergütung teilstationärer Leistungen ist bereits gegenwärtig über Pflegesätze nach § 5 Abs. 3 und Sonderentgelte nach § 6 möglich. Davon wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht.

Um den Vorrang der teilstationären Behandlung bereits während der Geltung des festen Budgets von 1993 bis 1995 zu fördern und die kurzfristige Liquidität der Krankenhäuser zu sichern, sind teilstationäre Pflegesätze zu vereinbaren, die dem in der Regel höheren tagesbezogenen Aufwand einer teilstationären Behandlung Rechnung tragen. Die Budgetobergrenze im Rahmen der festen Budgetierung gemäß § 4 bleibt unberührt.

Zu Nummer 3 (§ 7)**Zu Buchstabe a**

Mit der ergänzenden Klarstellung wird im Hinblick auf die in § 115a SGB V getroffene Neuregelung der Umfang wahlärztlicher Leistungen neu abgegrenzt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung überläßt dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt die Wahl des Abrechnungsverfahrens. Bestehende Vereinbarungen, die eine Abrechnung durch den Krankenhausträger vorsehen, bleiben unberührt. Die für den Krankenhausträger zur Ermittlung der Kostenerstattung notwendige Abrechnungstransparenz wird bei Abrechnung durch den liquidationsberechtigten Krankenhausarzt oder eine von ihm beauftragte private Abrechnungsstelle durch eine umfassende Informationspflicht sichergestellt. In der Regel wird die danach erforderliche umgehende Unterrichtung im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung erfolgen müssen. Bei der Beauftragung einer externen Abrechnungsstelle ist aus datenschutzrechtlichen Gründen die Einwilligung der jeweils betroffenen Patienten erforderlich. Es wird davon ausgegangen, daß in der Regel nur solche Abrechnungsstellen beauftragt werden, die den datenschutz- und gebührenordnungsrechtlichen Anforderungen erkennbar Rechnung tragen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Nummer 4 (§ 8)

Infolge der Erhöhung der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte (vgl. Artikel 18) und § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. Artikel 19) entfällt die Notwendigkeit, für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen durch einen Wahlarztabschlag zu ermäßigen. Die Neufassung des § 8 trägt dem Wegfall des Wahlarztabschlags Rechnung und beschränkt sich auf die Regelung des unverändert fortbestehenden Belegarztabschlags. Die Regelung tritt aber erst am 1. Januar 1996 in Kraft (vgl. Artikel 33 Abs. 4), da im Hinblick auf die während der Budgetierungsphase der Jahre 1993 bis 1995 ausgesetzte Erhöhung der Gebührenminderung für wahlärztliche Leistungen von liquidationsberechtigten Krankenhausärzten mit Altverträgen der Wahlarztabschlag in diesem Zeitraum noch aufrechterhalten wird.

Zu Nummer 5 (§ 9)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 8 und tritt ebenfalls erst zum 1. Januar 1996 in Kraft.

Zu Nummer 6 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 3 enthält die Grundregelung der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte mit Neuverträgen. Die entsprechende Parallelregelung zum Kostenabzug des Krankenhauses nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 (vgl. Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa), auf die die Vorschrift hinsichtlich der Kostenerstattung verweist, differenziert hinsichtlich der Höhe der Kostenerstattung nach dem Grad der Kostenintensität der Leistungen. Für die in den im einzelnen bezeichneten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte enthaltenen Leistungen mit hoher Kostenintensität bei gleichzeitig in der Regel geringerem persönlichem Leistungsaufwand wird die Kostenerstattung auf 40 vom Hundert und für die übrigen Leistungen auf 20 vom Hundert festgesetzt.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 3a enthält die vom 1. Januar 1996 an geltende Regelung zur Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen von liquidationsberechtigten Krankenhausärzten mit Altverträgen. Zur Höhe der Kostenerstattung verweist die Vorschrift auf die in der Parallelregelung des § 13 Abs. 3 Nr. 6 a zum Kostenabzug des Krankenhauses getroffene Festlegung (vgl. Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb).

Zu Nummer 7 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Definition der pflegesatzfähigen Kosten in dem neuen § 2 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 11 zu Nummer 1 Buchstabe b).

Auf den Begriff der Selbstkosten wird auch nach Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung (siehe Artikel 11 zu Nummer 2) nicht verzichtet, weil unter Selbstkosten im betriebswirtschaftlichen Sinn die durch den betrieblichen Leistungsprozess entstandenen Kosten zu verstehen sind. Auch im allgemeinen Wirtschaftsleben bedeuten entstandene Selbstkosten nicht, daß das Unternehmen diese automatisch über den Preis vergütet erhält.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung legt fest, daß die Kosten aller Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 SGB V ab 1. Januar 1996 pflegesatzfähig sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschrift enthält die Regelung für den Kostenabzug des Krankenhauses für wahlärztliche Leistungen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte mit Neuverträgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorschrift enthält die ab 1. Januar 1996 geltende Regelung für den Kostenabzug des Krankenhauses für wahlärztliche Leistungen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte mit Neuverträgen.

Zu Nummer 8 (§ 14)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 11 zu Nummer 3).

Zu Nummer 9 (§ 16)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 18 Abs. 3 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 11 zu Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Zu Artikel 13 (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege [Pflege-Personalregelung])

A. Allgemeiner Teil

I. Vorgeschichte und Auftrag an die Bundesregierung nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz

In § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) hat der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) beauftragt, gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten. Diese Maßstäbe und Grundsätze sind von den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze zugrunde zu legen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG, § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung [BPfIV]).

Die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung orientieren sich bei der Personalbemessung für die Krankenhäuser derzeit noch an den „Anhaltzahlen von 1969“. Diese wurden von der DKG einseitig empfohlen und werden seitdem ohne förmliche Anerkennung durch die Krankenkassen angewendet. Die Anhaltzahlen von 1969 zur Personalbemessung beziehen sich allein auf die Zahl der durchschnittlich belegten Betten; sie werden in den Pflegesatzverhandlungen regelmäßig um die inzwischen eingetretenen Arbeitszeitverkürzungen sowie um die Auswirkungen gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen korrigiert. Darüber hinaus hat es auch Stellenplanerweiterungen gegeben, die die Arbeitsverdichtung im Pflegedienst berücksichtigt haben.

Die DKG hat im Jahre 1974 wiederum einseitig neue Anhaltzahlen für den gesamten stationären Bereich, also unter Einschluß des allgemeinen Pflegedienstes, veröffentlicht, die von den Krankenkassen nicht anerkannt wurden.

Nachdem der Gesetzgeber im Jahre 1981 im Zuge des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes in § 19 Abs. 1 KHG der Selbstverwaltung auf Bundesebene den Auftrag erteilt hat, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten, forderte die DKG erstmals im September 1982 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen über den Personalbedarf für den Pflegedienst an allgemeinen Krankenhäusern auf.

Die ersten Verhandlungsrunden wurden ergebnislos Anfang 1984 abgebrochen, u. a. weil die Novellierung des KHG abgewartet wurde. Als Anfang 1985 feststand, daß § 19 KHG weitgehend unverändert blieb, wurden die Verhandlungen im Frühjahr 1985 wieder aufgenommen. Infolge weiterer inhaltlicher und verfahrensmäßiger Divergenzen erklärten beide Seiten gemeinsam im Herbst 1986 erneut das Scheitern der Verhandlungen. Das damals zuständige Bundesmini-

sterium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) erkannte das Scheitern der Verhandlungen jedoch nicht an und forderte die Vertragspartner auf, erneut zu verhandeln, was sie von 1987 bis 1989 taten. Die Krankenkassen brachten im Mai 1988 ein eigenes Personalbedarfsermittlungskonzept in die Verhandlungen ein.

Im März 1989 legte die DKG ein überarbeitetes analytisches Konzept zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser vor. Grundlage des Konzeptes sind Leistungseinheiten unter Einbeziehung der unterschiedlichen Pflegeintensitäten je Patient und Tag sowie der je Krankenhaus unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten. Dieses Konzept wurde im Frühjahr 1989 in die Verhandlungen nach § 19 Abs. 1 KHG eingebracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verfolgten dagegen einen Ansatz, der die gegenwärtige, durchschnittliche Personalbesetzung nach Krankenhaustypen statistisch feststellt und als Richtschnur vorgibt, ohne sich auf die im Krankenhaus erbrachten pflegerischen Leistungen zu beziehen.

II. Notwendigkeit einer Personalregelung

Nachdem die Krankenkassen und die DKG sich im Juli 1989 nicht auf einen gemeinsamen Empfehlungsentwurf zum Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser einigen konnten und das Scheitern der Verhandlungen erklärten, ist nach Ablauf der in § 19 Abs. 2 KHG vorgeschriebenen Einjahresfrist die Zuständigkeit für eine Regelung am 2. Juli 1990 auf die Bundesregierung übergegangen. Sie hat zügig und entschlossen gehandelt und bereits nach Ablauf von knapp zwei Jahren einen analytisch erarbeiteten Entwurf einer Regelung vorgelegt.

Die Diskussion um die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist so alt wie die Verhandlungen um die Konzepte zur Ermittlung des Personalbedarfs. Allerdings hat es in den achtziger Jahren mehrere Entwicklungen gegeben, die das Thema Pflege in den Mittelpunkt der sozialpolitischen Auseinandersetzung rückten. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zu einer nennenswerten Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren geführt, was eine erhebliche Leistungsausweitung in der stationären Pflege zur Folge hatte.

Darüber hinaus führt die demographische Entwicklung, für die unter anderem auch der medizinisch-technische Fortschritt ursächlich ist, zu einem ständig wachsenden Anteil älterer Patienten; Multimorbidität und chronische Erkrankungen führen ebenfalls zu einer Ausweitung der pflegerischen Leistung. Auch verkürzt sich seit Jahren die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahl.

Diese Entwicklungen bedingen insgesamt eine Verdichtung der pflegerischen Arbeit und stellen damit höhere Anforderungen an die Qualifikation der Pflegenden. Da es sich um eine personalintensive Arbeit handelt, die durch andere Produktionsfaktoren kaum

ersetzbar ist, muß sich ein gestiegener Pflegeaufwand auch in der Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter widerspiegeln.

Gleichzeitig nimmt die Zahl junger Menschen, die für den Pflegeberuf gewonnen werden können, in den neunziger Jahren spürbar ab. Hinzu kommt, daß durch die Umstrukturierung in der deutschen Volkswirtschaft vom Produktionsbereich in den Dienstleistungsbereich für die Gruppe der Berufsanfänger die Vielfalt der Angebote in den Dienstleistungsberufen zugenommen hat.

So ist es nicht verwunderlich, daß immer weniger junge Menschen für den anspruchsvollen Beruf der Krankenpflege gewonnen werden können und immer mehr ihn verlassen. Die Schere zwischen Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot beginnt sich am Anfang der neunziger Jahre zu öffnen. Ende der achtziger Jahre wurden die Verantwortlichen auf allen Entscheidungsebenen initiativ, um das Berufsbild der Krankenpflege in seiner Attraktivität zu verbessern, um die Verweildauer im Beruf zu erhöhen und um den Anforderungen an die Pflegenden mit entsprechenden Pflegekonzepten gerecht zu werden.

Trotzdem ist es nicht gelungen, diese negative Entwicklung entscheidend aufzuhalten.

Insbesondere in Ballungsräumen bestehen Personalengpässe, die teilweise zur Schließung ganzer Pflegeeinheiten geführt haben. Um dieser Entwicklung wirksam entgegenzutreten, müssen auch in Zukunft alle Beteiligten, insbesondere die Tarifpartner, die Länder und die Bundesregierung zusammenarbeiten.

III. Vorgehensweise

Die Bundesregierung hat nach Ablauf der Einjahresfrist nach § 19 Abs. 2 KHG im Sommer 1990 unverzüglich mit der Vorbereitung begonnen. Zunächst wurde der bereits vor der Erarbeitung der Psychiatrie-Personalverordnung gebildete, unabhängige Beirat von Fachleuten einberufen, der damals den BMA und heute den Bundesminister für Gesundheit (BMG) in grundsätzlichen Fragen zu den Maßstäben und Grundsätzen für den Personalbedarf in Krankenhäusern berät.

Nach einer Anhörung der Länder und Verbände im August 1990 entschied sich der BMA für Maßstäbe und Grundsätze, die sich an der Patientenstruktur des Krankenhauses und der daraus abgeleiteten pflegerischen Leistung orientieren. Basierend auf den Erfahrungen bei der Konzipierung der Psychiatrie-Personalverordnung wurde im September 1990 eine Expertengruppe aus Pflegefachleuten, die aus der Pflegedienstleitung oder der Pflegeforschung kommen, verbandsunabhängigen Ärzten und Verwaltungsdirektoren mit dem Auftrag gebildet, die Grundlagen zu erarbeiten.

Die Expertengruppe trat erstmals im Oktober 1990 zusammen und führte eine grundsätzliche Bewertung

der bereits vorhandenen Konzepte zur Personalbemessung durch. Das analytische Konzept der DKG enthielt zwar eine klare Leistungsorientierung, war jedoch aufgrund der vielfältigen, differenzierten Regelungen für einzelne Organisationsformen eines Krankenhauses nur schwer in der Praxis zu handhaben. Hinzu kam, daß die Kategorisierung der Patienten allein nach Abhängigkeitsmerkmalen zu einer unzureichenden Abbildungsgenauigkeit der pflegerischen Leistungen führt. Das Konzept der Krankenkassen wurde nicht näher in Erwägung gezogen, insbesondere weil der direkte Leistungsbezug nicht gegeben ist. Die „Schweizer Wegleitung“ wies ähnliche Schwächen auf wie das Konzept der DKG. Deshalb erarbeitete die Expertengruppe unter dem Vorsitz des BMG in vielen, z. T. mehrtägigen Sitzungen als Grundlage für eine leistungsbezogene Personalbemessung

- ein neues, übersichtliches Raster zur Einstufung der Patienten in je drei Pflegestufen in der „Allgemeinen Pflege“ und „Speziellen Pflege“ und zur Bildung von neun Patientengruppen, die die Breite des unterschiedlichen pflegerischen Aufwandes differenziert wiedergeben und
- Tätigkeitsprofile für alle pflegerischen Leistungen, die in einem Krankenhaus mit zentralisierten Versorgungsdiensten für eine leistungsgerechte Patientenbetreuung und -versorgung notwendig sind.

In Anhörungen von Ländern und Verbänden im April 1991 fanden diese Entwürfe grundsätzliche Zustimmung. Die Anregungen der Länder und Verbände wurden bei den weiteren Arbeiten berücksichtigt. Auf dieser Grundlage erarbeitete die Expertengruppe differenzierte Zeitwerte für die Personalbemessung.

Das von der Expertengruppe erarbeitete Schema zur Einordnung der Patienten wurde in 66 Krankenhäusern der alten Bundesländer sowie in 18 Krankenhäusern der neuen Bundesländer zum Teil in mehreren Testläufen erprobt. Insgesamt wurden rund 500 000 Zuordnungen in die verschiedenen Pflegestufen und Patientengruppen vorgenommen. Die genannte Grundgesamtheit der Erhebungen umfaßte Krankenhäuser aller Größenklassen und Versorgungsstufen einschließlich Universitätskliniken. Alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Intensivpflege und der Psychiatrie wurden berücksichtigt. Dabei erwies sich das Konzept der Expertengruppe aufgrund seiner übersichtlichen Strukturierung und genauen Leistungsbeschreibung als in der Praxis gut handhabbar. Auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse wurde eine Schätzung der voraussichtlich durch eine verbesserte Personalbemessung entstehenden Kosten vorgenommen.

Bereits Mitte 1990 hatte eine zweite Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege parallel ihre Arbeit aufgenommen. Sie entwickelte ihre Vorschläge nahezu zeitgleich und in enger Abstimmung mit dem Konzept für die allgemeine Krankenpflege, so daß diese Arbeiten einbezogen werden konnten. Das Konzept wurde in einer Reihe von Kinderkrankenhäusern und kinderheilkundlichen Fachabteilungen erprobt.

IV. Ordnungspolitischer Rahmen und Grundsätze der Regelung

Die Regelung wurde vor dem Hintergrund des heute geltenden Krankenhausrechtes entworfen. Das bedeutet:

- das Selbstkostendeckungsprinzip gilt in vollem Umfang, d. h. die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses sind für Budget und Pflegesatz maßgebend,
- die Leistungen eines Krankenhauses werden fast vollständig über pauschale Pflegesätze abgerechnet; die Abrechnung über Sonderentgelte fällt nicht ins Gewicht,
- zentrales Instrument zur Findung dieser Pflegesätze sind die einmal jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen, in denen die Pflege-Personalregelung zur Anwendung kommt.

Nach dem zukünftig geltenden Recht ändern sich diese Rahmenbedingungen grundlegend.

Das Selbstkostendeckungsprinzip wird abgeschafft und die Krankenhausleistungen werden zunehmend über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet. Das Budget und die Pflegesatzverhandlungen werden an Bedeutung verlieren. Damit wird sich der Charakter der Regelung ändern. Ihre Bedeutung als Instrument zur Pflegesatzfindung wird abnehmen, ihre Bedeutung als Instrument zur Qualitätssicherung wird zunehmen. Das damit erreichte pflegerische Leistungsniveau soll nach Möglichkeit bei der Berechnung der Fallpauschalen im Rahmen der zum 1. Januar 1995 zu erlassenden Verordnung berücksichtigt werden.

1. Ziel der Regelung ist, die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen Krankenpflege stattfindet. Um den Veränderungen des Alters- und Krankheitsspektrums der Krankenhauspatienten einerseits und der Leistungsintensivierung durch den medizinisch-technischen Fortschritt andererseits in bezug auf die pflegerische Betreuung gerecht zu werden, wird eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung vorgesehen.

Die Bundesregierung bestimmt mit dieser Regelung die Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären und teilstationären Pflege mit Ausnahme der Pflege in Intensiv- und Dialyseeinheiten und der Psychiatrie.

Der gewählte Lösungsansatz orientiert sich an den pflegerischen Leistungen, was bedeutet, daß sich unterschiedlicher Pflegeaufwand aufgrund unterschiedlicher Patientenstrukturen und Leistungsangebote der Krankenhäuser im Stellenplan niederschlägt.

Die Regelung gilt nach § 19 Abs. 2 KHG in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG und § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV für Krankenhäuser, die der BPfIV unterliegen, also nicht für ambulante Einrichtungen des Krankenhauses. Soweit Personalstellen im Pflegedienst außerhalb des Budgets finanziert werden, sind diese nicht auf den Stellen-

plan anzurechnen. Die Personalbesetzung im Funktionsdienst (z. B. OP, Anästhesie, Endoskopie), in dem oftmals entsprechend weitergebildete Krankenschwestern und -pfleger eingesetzt werden, wird mit dieser Regelung nicht erfaßt. Um die notwendige praktische Anwendbarkeit der Regelung zu erreichen, mußte auf eine Differenzierung nach den zahlreichen medizinischen Fachdisziplinen verzichtet werden.

Dementsprechend beziehen sich die Personalvorgaben auf die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), unabhängig davon, wer die Kosten der Behandlung trägt.

2. Es wird davon ausgegangen, daß alle Stellen grundsätzlich mit qualifiziertem Pflegepersonal (drei- und einjährig Ausgebildete) besetzt werden, soweit durch Aus-, Fort- und Weiterbildung oder arbeitsmarktbezogene Maßnahmen (z. B. Gewinnung von Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen) qualifiziertes Krankenpflegepersonal gewonnen werden kann. Im Rahmen der normativ vorgegebenen Arbeitszeiten in Minuten (Minutenwerte) können ganzheitliche Pflegekonzepte in den einzelnen Krankenhäusern verwirklicht werden. Außerdem wird es in der Praxis möglich sein, Fachpersonal kostenneutral durch Stationsassistentinnen und -assistenten sowie durch anderes Hilfspersonal zu ersetzen, wenn die pflegerische Qualität darunter nicht leidet.
3. Die Personalbemessung soll an den Leistungskriterien anknüpfen, die den pflegerischen Aufwand im Krankenhaus abbilden. Der für einen Patienten erforderliche Pflegeaufwand ergibt sich im wesentlichen aus seinen Grundbedürfnissen, die er ganz oder teilweise nicht mehr selbständig erfüllen kann sowie aus pflegerischen Leistungen, die im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie notwendig sind. Entsprechend sieht das Konzept eine Aufteilung des Leistungsspektrums in die Bereiche „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ vor.
4. Grundlage der Personalbemessung ist nicht mehr die Zahl der durchschnittlich belegten Betten, sondern die durchschnittliche Zahl der Patienten, die, gemessen am pflegerischen Aufwand, den verschiedenen Pflegestufen zugeordnet werden. Das ermöglicht eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Personalbemessung. Die tägliche Einstufung der Patienten in die verschiedenen Pflegestufen spiegelt den unterschiedlichen pflegerischen Aufwand während des Krankenhausaufenthalts wider.
5. Die für die Pflegestufen vorgegebenen Zeitwerte wurden mit Hilfe von neu entwickelten Tätigkeitsprofilen für die „Allgemeine Pflege“ und für die „Spezielle Pflege“ ermittelt. Die Zeitwerte wurden innerhalb der Expertengruppen für die Allgemeine Krankenpflege sowie für die Kinderkrankenpflege nach eingehender Erörterung auf der Grundlage der Berufserfahrung der Beteiligten festgelegt. Sie gelten nicht für die besonderen Erfordernisse der Intensivpflege. Mit der Aufteilung in „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ werden keine pfe-

gerischen Grundkonzepte vorgegeben. Im Gegenteil: die Zielsetzung ist, Voraussetzungen für eine individuelle, ganzheitliche Pflege der Patienten zu schaffen.

Mit dem Pflegegrundwert werden vor allem die Tätigkeiten ausgewiesen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der unmittelbaren Patientenbetreuung am Krankenbett stehen (z. B. administrative Tätigkeiten).

Für Tätigkeiten, die bei jedem Patienten nur einmal während seines Krankenhausaufenthaltes anfallen, insbesondere im Zusammenhang mit Aufnahme und Entlassung, wurde ein Fallwert gebildet.

Für die Tätigkeiten, die bei der Betreuung von gesunden Neugeborenen zusätzlich anfallen, wurde auch ein eigener Minutenwert gebildet.

Die den Minutenwerten dieser Regelung zugrundeliegenden Tätigkeitsprofile sind erstmals als Materialien zusammen mit dem Referentenentwurf veröffentlicht worden.

6. Die Regelung läßt den Vertragsparteien der Pflegegesetzverhandlung einen begrenzten Spielraum, damit die besonderen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden können. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst sowie in seltenen Fällen Rufbereitschaftsdienst des Pflegepersonals müssen für jedes Krankenhaus gesondert geregelt werden und bleiben deshalb den Verhandlungen der Vertragsparteien vorbehalten. Der Krankenträger wird nicht in seiner Organisationsfreiheit eingeschränkt. Im Rahmen der für das gesamte Krankenhaus ermittelten Personalbemessung kann er nach wie vor den Einsatz des Personals in den einzelnen Organisationseinheiten bestimmen.

Die Regelung geht von einem Krankenhaus mit vollzentralisierten Versorgungsdiensten aus. Hat ein Krankenhaus nicht vollzentralisierte Dienste, so vereinbart es mit den Kostenträgern Zuschläge auf den Stellenplan. Die Höhe des Zuschlags muß nachvollziehbar sein und bedarf der schriftlichen Begründung.

7. Das gemeinsam mit der Expertengruppe entwickelte Konzept weist darüber hinaus folgende Vorteile auf:

- Es berücksichtigt die Bedingungen einer modernen, zentralisierten Krankenhausversorgung.
- Durch die Beschreibung der pflegerischen Tätigkeiten werden erstmals amtlich die umfangreichen Aufgaben des Pflegepersonals dargestellt. Es werden Maßstäbe für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung vorgegeben sowie eine stärker leistungsbezogene Budgetierung ermöglicht.
- Darüber hinaus hilft die Personalregelung bei der Entwicklung von Fallpauschalen, da sie den mit der Pflege verbundenen Aufwand transparent macht.

- Durch die Berücksichtigung der mittleren Führungsebene in der Pflege wird die Position der Krankenpflege im Krankenhausmanagement gestärkt.

- Mit dieser Art der Personalbemessung wird eine wirksame Qualitätskontrolle möglich, weshalb auch Zeitwerte für die Qualitätssicherung in der Krankenpflege vorgesehen werden.

- Diese Regelung wird einen Impuls zu umfangreicherer und besserer Pflegedokumentation geben.

- Das Raster der Pflegestufen ist in sich geschlossen und in der Praxis einfach anwendbar.

- Aufgrund der in den Tätigkeitsprofilen enthaltenen detaillierten Beschreibung der in den Personalvorgaben berücksichtigten Leistungen wird die Grundlage für die Personalbemessung transparent und begrenztbar.

8. Die Zuordnung der Patienten zu den Pflegestufen wird durch den Pflegedienst des Krankenhauses selbst vorgenommen. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Budgetverhandlungen die Möglichkeit, die erhobenen Zahlen und damit die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Pflegestufen der verschiedenen Krankenhäuser zu prüfen. Die Vertragsparteien haben Rahmenvereinbarungen zu treffen, die das Nähere regeln. Die bei der Erprobung des Konzeptes erhobenen Daten in über 80 Krankenhäusern in Ost- und West-Deutschland haben gezeigt, daß Plausibilitätsprüfungen möglich sind.

Die durch laufende Erhebungen ermittelte Verteilung der Patienten auf Pflegestufen ist den Schätzungen für das kommende Jahr zugrunde zu legen; dabei sind die Zahlen um Besonderheiten des vergangenen Zeitraumes zu bereinigen und absehbare Veränderungen des kommenden Jahres zu berücksichtigen.

B. Besonderer Teil

Zum ersten Abschnitt (Allgemeine Vorschriften)

Der erste Abschnitt enthält die Vorschriften zum Anwendungsbereich und zur Einbindung in die Pflegegesetzvereinbarung sowie die Grundsätze des Verfahrens zur Personalbemessung. Außerdem verdeutlicht er, welche Funktion die Pflege-Personalregelung haben wird, wenn die Krankenhäuser ihre Leistungen zunehmend über Fallpauschalen abrechnen.

Zu § 1 (Anwendungsbereich)

Die Vorschrift legt den Anwendungsbereich der Regelung fest.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verdeutlicht in Satz 1, daß der Anwendungsbereich auf die Krankenhäuser beschränkt wird, auf die die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) Anwendung finden.

In Satz 2 wird u. a. klargestellt, welche pflegerischen Bereiche nicht geregelt werden. Mit dem Begriff „Intensiveinheit“ ist die Stelle gemeint, an der Intensivpflege und Intensivüberwachung stattfinden; im Ausnahmefall kann es sich dabei um nur ein Intensivbett handeln.

Zu Absatz 2

Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 entfällt das Selbstkostendeckungsprinzip. Außerdem wird das Vergütungssystem der Krankenhäuser in zunehmendem Maße durch Fallpauschalen und Sonderentgelte bestimmt sein. Damit verliert die Regelung als Instrument zur Budgetierung an Bedeutung. Daraus folgt, daß alle Vorschriften, die Verfahrensfragen betreffen, nicht mehr gelten können. Der materielle Gehalt der Verordnung bleibt unangetastet und wird die pflegerische Qualität auf Dauer sichern helfen. Die Entwicklung von Fallpauschalen wird erleichtert. Die materiellen Vorgaben dieser Regelung werden im Rahmen der zum 1. Januar 1995 in Kraft tretenden Verordnung über Fallpauschalen bei deren Kalkulation berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Zum einen wird von einer Pflegeorganisation ausgegangen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entspricht, zum anderen wird darauf abgestellt, daß sich die Pflege an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientiert, was bedeutet, daß die emotionalen, sozialen, geistigen, physischen und wirtschaftlichen Bedürfnisse des Patienten bei der Pflege berücksichtigt werden.

Absatz 3 stellt außerdem klar, daß die Personalbemessung nur für Patienten vorgenommen wird, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen.

Zu § 2 (Pflegesatzvereinbarung)

§ 2 schreibt die Anwendung der vorgegebenen Maßstäbe für die Personalbemessung im Rahmen des Pflegesatzverfahrens vor. Damit wird ergänzend zur BpflV ein Teilbereich der Pflegesatzvereinbarungen konkreter geregelt. Die sonstigen Vorschriften der BpflV bleiben unberührt. Einigen sich die Vertragsparteien nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a KHG.

Zu § 3 (Grundsätze)

Die Vorschrift legt die Grundsätze des Personalbemessungsverfahrens fest und bestimmt, unter welcher Voraussetzung die Zahl der Personalstellen gesondert zu vereinbaren ist. Darüber hinaus gibt sie die Dauer des Regeldienstes des Pflegepersonals an, die mit den Personalvorgaben abgedeckt werden muß.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt, aus welchen Teilwerten sich der Regeldienst zusammensetzt, nämlich aus dem jeweiligen Pflegegrundwert, aus der Kombination der Minutenwerte (Patientengruppen) für Erwachsene sowie für Kinder, aus dem jeweiligen Fallwert, der die pflegerischen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Krankenhausaufnahme, in der der Zeitwert für die Entlassung enthalten ist, berücksichtigt, aus dem Wert für die Betreuung gesunder Neugeborener und den Minutenwerten für tagesklinisch zu behandelnde Patienten sowie für Stundenfälle innerhalb eines Tages.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert den Begriff des Regeldienstes. Der Personalbedarf für Nachtdienst, Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes sowie in seltenen Fällen auch für den Rufbereitschaftsdienst kann wegen der unterschiedlichen Voraussetzungen in den einzelnen Krankenhäusern nicht einheitlich für alle Krankenhäuser vorgegeben werden. Dieser Personalbedarf ist daher in den Minutenwerten für den Regeldienst nicht enthalten. Für die in der Regelung nicht berücksichtigten Arbeitszeiten ist der Personalbedarf zu vereinbaren, soweit dies erforderlich ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt für den Pflegedienst die Behandlungszeiten des Krankenhauses an, die grundsätzlich mit der vorgegebenen Personalbemessung abgedeckt werden müssen. Sie sind unabhängig von der tariflichen Arbeitszeit des einzelnen Arbeitnehmers, so daß die Regelung im Falle von Arbeitszeitverkürzungen nicht angepaßt werden muß.

Die Minutenwerte für das Pflegepersonal enthalten neben den Übergabezeiten mit dem Nachtdienst eine halbe Stunde Übergabezeit am Mittag.

Regelungen für Mindestbesetzungen von Stationen werden nicht getroffen; es wird davon ausgegangen, daß mögliche Probleme durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhauses vermieden werden. In besonderen Fällen kann nach Absatz 4 mit den Krankenkassen eine höhere Zahl von Personalstellen vereinbart werden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift eröffnet den Vertragsparteien die Möglichkeit, von den Vorgaben nach oben und unten abzuweichen, wenn dies aufgrund der besonderen Verhältnisse eines Krankenhauses erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung schriftlich festzuhalten, damit die für die Genehmigung der Pflegesätze zuständige Landesbehörde die Rechtmäßigkeit der Abweichung prüfen kann. Die bauliche Struktur, verbunden mit einer unzureichenden horizontalen und vertikalen Wegeführung sowie fehlende Nutzflächen innerhalb der Pflegeeinheiten führen zu nichtpflegebedingtem, höherem zeitlichem Aufwand. Mit abnehmendem Zentralisierungsgrad wird das Pflegepersonal in zunehmendem Maß mit pflegefernen Tätigkeiten belastet.

Im einzelnen kann es sich dabei um folgende Tatbestände handeln:

- Aufgrund der baulichen Struktur ist die horizontale und vertikale Wegeführung unzureichend.
- Für die Arbeit des Pflegedienstes fehlt die entsprechende Nutzfläche innerhalb von funktionell gestalteten Pflegeeinheiten.
- Das Pflegepersonal ist mit administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Patientenaufnahme befaßt.
- Die Speisenversorgung wird dezentral und ohne Tablettsystem vorgenommen.
- Betten und Nachtschränke werden nicht zentral aufbereitet.
- Die Sterilgutversorgung findet dezentral in den Pflegeeinheiten statt.
- Die Pflegeeinheiten werden nicht zentral mit Gütern und Hilfsmitteln versorgt.
- Der Reinigungsdienst ist nicht zentralisiert.

Insbesondere Krankenhäuser mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten, die in der Pflege zu erheblichen Mehr- oder Minderbelastungen führen, müssen Zu- oder Abschläge bei der Zahl der zu vereinbarenden Personalstellen mit den Kostenträgern aushandeln. Bei strikter Anwendung der Regelung können bei der Mindestbesetzung Probleme auftreten, die durch eine abweichende Vereinbarung zu lösen sind.

Zum zweiten Abschnitt (Krankenpflege für Erwachsene)

Der zweite Abschnitt enthält die Personalbemessungsvorschriften für die Krankenpflege, die von Fachpersonal für Krankenpflege — in Abgrenzung zur Kinderkrankenpflege — durchgeführt wird. Das bedeutet, daß für Kinder, die von Fachpersonal für Krankenpflege betreut werden, die Minutenwerte des § 6 gelten. In diesen Fällen ist in der Anlage 5, Zeile 05, „Erwachsener“ anzukreuzen.

Zu § 4 (Pflegestufen und Patientengruppen)

Der Bedarf an Fachpersonal im Pflegedienst der Krankenhäuser wird anhand des unterschiedlichen Pflegeaufwandes durch die vorgegebenen Minutenwerte in den einzelnen Patientengruppen ermittelt.

Zu Absatz 1

Um den Pflegeaufwand nicht nur über Abhängigkeiten des Patienten zu definieren, wird die Pflegeleistung aus Gründen der Abbildungsgenauigkeit in „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ aufgeteilt. In der „Allgemeinen Pflege“ ist das Einstufungskriterium die Hilfsbedürftigkeit des Patienten und in der „Speziellen Pflege“ der durch Diagnostik und Therapie verursachte pflegerische Aufwand.

Diese beiden Bereiche gliedern sich jeweils in drei Pflegestufen, nämlich: Grundleistungen, Erweiterte Leistungen und Besondere Leistungen.

Die inhaltliche Gestaltung dieser Stufung für die „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ ergibt sich aus den Einordnungsmerkmalen nach Anlagen 1 und 2, die Bestandteil der Regelung sind und nach denen die Zuordnung jedes einzelnen Patienten einmal täglich, und zwar zwischen 12.00 und 20.00 Uhr erfolgen muß. Der Zeitraum, innerhalb dessen einmal täglich eingestuft wird, wird vorgegeben, um insbesondere bei internen Verlegungen Doppelseinstufungen zu vermeiden.

Die tägliche Zuordnung zu den Pflegestufen und die Übertragung in die Pflegedokumentation sind Aufgabe des Pflegedienstes des Krankenhauses.

Zu Absatz 2

Auf Basis der Zuordnung muß jeder Patient in einer der neun Patientengruppen (A 1/S 1 bis A 3/S 3) ausgewiesen werden.

Zu § 5 (Vereinbarungen der Vertragsparteien)

Die ausgewiesene Verteilung der Patienten auf Patientengruppen stellt die Leistungen des Pflegedienstes in der Vergangenheit dar. Grundlage der Personalbemessung im Rahmen eines prospektiven Budgets ist jedoch die voraussichtliche Leistung des Pflegedienstes in dem folgenden Zeitraum, für den das Budget vereinbart wird.

Die Vertragsparteien haben daher die Zahlen um die Besonderheiten des vergangenen Zeitraumes zu bereinigen und abschätzbare Veränderungen zu berücksichtigen.

Mit der Zuordnung der Patienten wird letztendlich über die Personalbemessung des einzelnen Krankenhauses entschieden. Aus diesem Grunde ist ein wirksames Kontrollinstrument für die Kostenträger unverzichtbar. Es reicht nicht aus, sich allein auf den § 16 Abs. 5, 6 und 7 der Bundespflegesatzverordnung zu

beziehen, vielmehr muß ein originäres Prüfrecht der Kostenträger geschaffen werden.

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien vereinbaren prospektiv die voraussichtliche durchschnittliche Zahl der insgesamt täglich zu behandelnden Patienten einschließlich deren Zuordnung zu den neun Patientengruppen. Darüber hinaus ist zur Ermittlung des Fallwertes die voraussichtliche durchschnittliche Zahl der Krankenhausaufnahmen pro Tag, die der gesunden Neugeborenen pro Tag ebenso wie die der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Voraussetzung für eine Kontrolle der Einstufung ist eine genaue Dokumentation, deren Inhalt durch Anlage 5 vorgegeben wird. Anlage 5 weist die Einstufung der Patienten anonymisiert aus, verbunden mit der Hauptdiagnose, der Altersgruppe, des Fachgebiets sowie anderer für die Beurteilung der Angemessenheit der Einstufung wichtiger Kriterien.

Da die Einziehung, vor allem aber die Auswertung der Erhebungsbögen für die Krankenkassen vor Ort praktisch nicht durchführbar ist und sich darüber hinaus datenschutzrechtliche Probleme ergeben, werden der Einzug und die Auswertung zentral durch eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft vorgenommen, die analog § 219 SGB V zu errichten ist. Die Kostenträger erhalten die Möglichkeit, bereits quartalsweise, d. h. nicht erst in unmittelbarem Zusammenhang mit den Budgetverhandlungen, die Angemessenheit der Personalbemessung zu prüfen.

Rationalisierungsmöglichkeiten durch eine automatisierte Datenverarbeitung sollen soweit wie möglich genutzt werden.

Zu Absatz 3

Neben der Prüfung der Schlüssigkeit der Zuordnung — ist beispielsweise die Verteilung auf die Patientengruppen plausibel? — ist ein Vergleich der Krankenhäuser untereinander hinsichtlich der vorgenommenen Einstufungen der Patienten von besonderem Interesse; diese Vergleiche haben allerdings nur dann eine Aussagekraft, wenn das Leistungsgeschehen der zu vergleichenden Häuser auch tatsächlich vergleichbar ist.

Die Auswertung der Patienten-Erhebungsbögen ist Basis der Personalbemessung. Damit Kostenträger und Krankenhausträger in den Pflegesatzverhandlungen von der gleichen Grundlage ausgehen, muß das Ergebnis der Auswertung den Vertragsparteien und den nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG am Pflegesatzverfahren Beteiligten möglichst zeitnah mitgeteilt werden. Darüber hinaus wird das Ergebnis den nach § 18

Abs. 1 Satz 2 KHG am Pflegesatzverfahren Beteiligten auf Bundesebene und aufgegliedert nach Bundesländern mitgeteilt, damit Krankenhausträger und Krankenkassen denselben Informationsstand haben.

Zu Absatz 4

Die Patienten-Erhebungsbögen enthalten sensible persönliche Daten, die nach ihrer Auswertung unverzüglich vernichtet werden müssen. Von dieser datenschutzrechtlich wichtigen Vorschrift kann nur zeitlich befristet abgewichen werden, wenn eine Überprüfung beabsichtigt ist. Die Krankenhäuser haben die Anlage 5 zu anonymisieren, sobald ihnen die Auswertung von der Arbeitsgemeinschaft zugegangen ist.

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 bleibt die Regelung von Einzelfragen den Vertragsparteien vorbehalten; entsprechende Rahmenvereinbarungen sind nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung zu schließen.

Zu § 6 (Minutenwerte)

Der Personalbemessung werden die vorgegebenen Arbeitszeiten als Minutenwerte je Patient zugrunde gelegt. Diese Minutenwerte wurden von den durch die Bundesregierung berufenen Expertengruppen in der Krankenpflege für Erwachsene und für Kinder, deren Mitglieder seit vielen Jahren in verantwortlichen Positionen tätig sind, nach ausführlicher Erörterung nahezu einvernehmlich festgelegt. Dabei wurde auch auf die Finanzierbarkeit fachlich wünschenswerter Forderungen Rücksicht genommen.

Die Minutenwerte wurden mit Hilfe von Tätigkeitsprofilen erarbeitet. Diese Tätigkeitsprofile spiegeln die heutigen Anforderungen an eine moderne Krankenpflege wider. Diese wird von der Expertengruppe wie folgt beschrieben:

„Krankenpflege heißt, den Patienten in seiner aktuellen konkreten Situation und Befindlichkeit aufnehmen, ihn annehmen, sich ihm liebevoll zuwenden, ihn umsorgen, sich für ihn einsetzen, ihn gegebenenfalls auf seinem Weg zum Tod begleiten. Darüber hinaus werden seine Familie und seine soziale Umgebung mit berücksichtigt und — wenn möglich — in die Betreuung mit einbezogen.

Personale Pflege setzt voraus, daß zwischen Pflegenden und Gepflegten Beziehungen entstehen, in denen anvertrautes Leiden und Leben gemeinsam getragen werden können. Diese Beziehungen leben von Kommunikation in vielfältiger Ausgestaltung, vor allem in Gesprächen.

Ganzheitliche Pflege umfaßt daher alle Maßnahmen, die notwendig sind und die dazu beitragen, daß der Patient seine Selbständigkeit so bald als möglich und so vollständig wie möglich wiedererlangt oder aber würdevoll sterben kann.

Um fachlich kompetent, engagiert und zuverlässig pflegen zu können, brauchen die Pflegenden kontinuierlich berufsfachliche und persönlichkeitsbildende Qualifikation über die Grundausbildung hinaus. Dies ist ebenso erforderlich, um die praktische Ausbildung der beruflich Auszubildenden in der Pflege sicherzustellen.

Pflege bedarf der Kooperation mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus, in besonderer Weise mit der Berufsgruppe der Ärzte. Ärzte und Pflegenden sind in der Betreuung der Patienten mehr als andere Berufsgruppen aufeinander angewiesen. Für die gute Kooperation ist die klare Abgrenzung des je eigenen Tätigkeitsbereiches hilfreich und notwendige Voraussetzung für die gegenseitig zu praktizierende Hilfsbereitschaft.

Das Qualitätsniveau der Pflege beeinflusst die Mitarbeiterführung auf Stationsebene und umgekehrt. Die Stationsleitung wird den Krankenschwestern oder Krankenpflegern übertragen, die dafür die entsprechende Weiterbildung und die soziale Kompetenz haben. Die innerbetriebliche Fortbildung wird so gestaltet, daß eine stationsinterne Selbstüberprüfung der Pflegequalität möglich ist. Zur besseren Integration in das Pflegeteam werden neue Mitarbeiter bei Dienstbeginn gesondert geschult.

Pflegequalität im o. g. Sinn wird jedoch erst in dem Maße für den gesamten Pflegedienst erreicht, wie die Pflegenden durch ein entsprechend qualifiziertes Management von seiten der Pflegedienstleitung dazu geführt und motiviert werden."

Bei der Bemessung der Minutenwerte wird von einer ganzheitlichen Pflege ausgegangen.

Zu Absatz 1

Im Pflegegrundwert sind die Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben, insbesondere pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildung sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität.

Die Arbeiten der Pflege im Zusammenhang mit Mentorentätigkeit und Praxisanleitung, deren Bedeutung für die Ausbildung nicht unterschätzt wird, sind im Rahmen der Anrechnungsverordnung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 weist die Zeitwerte für die unmittelbar patientenbezogenen Leistungen aus; sie ergeben sich aus der Addition des jeweiligen A- und S-Wertes.

Auf diese Weise ergeben sich entsprechend den Patientengruppen neun als Minutenwerte ausgewiesene „Leistungsbündel“.

Zu Absatz 3

Für die pflegerischen Leistungen, die lediglich einmal, und zwar im Zusammenhang mit der Krankenhausaufnahme und -entlassung eines Patienten vorkommen, wird ein fallbezogener Minutenwert gebildet.

Zu Absatz 4

Der Betreuung eines jeden gesunden Neugeborenen wird unabhängig von der pflegerischen Leistung im Einzelfall ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.

Zu Absatz 5

Tagesklinisch zu behandelnde Patienten, aber vor allem Stundenfälle innerhalb eines Tages, verlangen ein hohes Maß an pflegerischer Leistung; aus diesem Grunde erhalten sie den ganzen Fallwert. Im übrigen werden die bei diesen Patienten anfallenden Leistungen mit den halben Minutenwerten vollstationärer Patienten (Pflegegrundwert und Wert für die Patientengruppen) abgegolten.

Zu § 7 (Ermittlung der Personalstellen)

§ 7 legt das rechnerische Verfahren zur Ermittlung der Gesamtstundenzahl fest, aus der sich die Zahl der Personalstellen ergibt. Die Personalbemessung wird auf das gesamte Krankenhaus bezogen. Über den Einsatz des Personals und die Besetzung der Stationen entscheidet das Krankenhaus selbständig.

Die Minutenwerte in § 6 enthalten die Zeiten für die pflegerischen Aufgaben des Personals und für persönliche Verteilzeiten. Bei der Berechnung der Stellenzahl sind die vereinbarten Ausfallzeiten (insbesondere Urlaub, Krankheit, Mutterschutz, externe Fort- und Weiterbildung) zu berücksichtigen. Diese sind auf der Grundlage der Ausfallzeiten im abgelaufenen Geschäftsjahr sowie unter Berücksichtigung zu erwartender und möglicher Veränderungen vom Krankenhaus nachzuweisen. Vor Anerkennung der Ausfallzeiten haben die Vertragsparteien insbesondere zu prüfen, inwieweit die Ausfallzeiten durch eine angemessene Arbeitsorganisation vermeidbar sind.

Mit den so ermittelten Personalstellen sind grundsätzlich alle pflegerischen Tätigkeiten für den Regeldienst im teilstationären und stationären Bereich abzudecken. Spielraum für zusätzliche Personalanforderungen besteht nach § 3 Abs. 4 nur aufgrund besonderer Verhältnisse des Krankenhauses.

Zu § 8 (Leitende Krankenpflegepersonen)

Leitende Krankenpflegepersonen oberhalb der Stationsebene sind in den Minutenwerten nach § 6 und § 10 nicht berücksichtigt. Entsprechende Stellen für

leitende Krankenpflegepersonen sind nach den Vorgaben dieser Vorschrift gesondert zu bilden.

Der Zeitbedarf für die leitenden Krankenpflegepersonen ist abhängig von der Aufgabenstruktur des Krankenhauses. Die Aufgabenstruktur schlägt sich bei dem vorliegenden leistungsbezogenen Konzept insbesondere in der Zahl der nachgeordneten Pflegepersonen nieder. Diese Zahl von 80 Pflegepersonen ohne Berücksichtigung der Krankenpflegeschüler und -schülerinnen dient daher als Bezugsgröße für die Personalbemessung für leitende Krankenpflegepersonen. Bei Abweichungen von dieser Zahl können die Stellen für leitende Pflegepersonen anteilig bemessen werden. Die Beschäftigten im Nachtdienst werden hier berücksichtigt, weil der Arbeitsaufwand des leitenden Krankenpflegepersonals genauso von diesem Personal wie von dem im Regeldienst abhängt.

Der Begriff der „leitenden Krankenpflegeperson“ umfaßt weder die Stationsleitung, deren Personalbedarf bereits in den Minuten berücksichtigt ist, noch die Stelle für die Leiterin oder den Leiter des Pflegedienstes.

Zum dritten Abschnitt (Kinderkrankenpflege)

Für Kinderkrankenhäuser und kinderheilkundliche Abteilungen gilt das gleiche Personalbemessungsverfahren wie für die Krankenpflege für Erwachsene. Mit dem dritten Abschnitt werden die Patientengruppen und Minutenwerte für die Kinderkrankenpflege vorgegeben; sie können nur dann Grundlage der Personalbemessung sein, wenn die Pflege von Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern durchgeführt wird.

Die Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege beschreibt die Pflegeziele wie folgt:

„Ziel der Kinderkrankenpflege ist die ganzheitliche Pflege. Die erforderliche, allumfassende Versorgung des Kindes ergibt sich aus der Notwendigkeit, daß Kinder sich auch während ihrer Erkrankung in einem ständigen Entwicklungsprozeß befinden, in dem sie auf Hilfen, Unterstützung und Führung angewiesen sind. Für den Heilungsprozeß ist es daher unumgänglich, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind genesen und sich weiterentwickeln kann. Zur Erreichung des Pflegezieles muß die Kinderkrankenschwester die Möglichkeit haben,

- a) den Zugang zum Kind zu finden, der es ermöglicht, beim Kind die Bereitschaft zu wecken, die anstehenden Maßnahmen mindestens zu dulden, bestenfalls jedoch zu unterstützen und aktiv mitzuarbeiten,
- b) die Eigenständigkeit des Kindes zu akzeptieren und diese zu fördern, um eine Unterbrechung in der Entwicklung zu vermeiden,
- c) sich mit dem Kind in der ihm gemäßen Form zu beschäftigen (z. B. Trost und Zuwendung geben, spielen, basteln, vorlesen), um seine soziale und altersgemäße Entwicklung zu fördern. Mit dieser für das Kind gewohnten Tätigkeit seines Alltages — dem Spiel — kann es sich auf vielfältige Weise

mitteilen. Die Kinderkrankenschwester wird bei der Begleitung und Förderung dieser für das Kind so wichtigen Tätigkeit

- viel über das Kind und seinen augenblicklichen Zustand erfahren,
- bei auffälligem Spielverhalten andere Fachleute hinzuziehen,
- Begleiterin in für das Kind gewohnten (Spiel-) Situationen sein und damit das Vertrauen des Kindes gewinnen, was wiederum die Tätigkeiten der Pflege erleichtert,

d) ihre rechtliche Verpflichtung der Beaufsichtigung des Kindes zu erfüllen.“

Die besondere Bedeutung von Eltern und Bezugspersonen für die Heilungschancen bei Kindern führte die Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege zu folgender Bewertung:

„Ein einflußnehmender Faktor auf den Aufgabenbereich ist die Anwesenheit von Eltern bzw. Bezugspersonen des Kindes, die zwischen kurzen, täglichen Besuchen über ausgedehnte Anwesenheit bis zur Mitaufnahme eines Elternteiles reicht. Der Erhalt der Eltern-Kind-Beziehung ist als wesentlicher Faktor zur Bewältigung der für das Kind fremden Situation im Krankenhaus unumgänglich.

Aus der Notwendigkeit der Elternanwesenheit ergeben sich für die Kinderkrankenschwester neue Aufgaben, die unter dem Begriff der ‚Integration der Eltern‘ zusammenzufassen sind. Hier ist insbesondere die Anleitung zu pflegerischen Maßnahmen zu nennen, dazu vielfache Erklärungen und der oft erforderliche und begründete Zuspruch in Angst- und Streßsituationen der Eltern, da ein Krankenhausaufenthalt für das Kind und seine Eltern immer auch ein Ausnahmezustand ist.

Außerdem unterliegen die Tätigkeiten der Eltern auf Station einer ständigen Kontrolle durch die Kinderkrankenschwester, da sonst die Krankenbeobachtung und mit ihr eine Feststellung des zu erreichenden Pflegezieles unmöglich ist.

Ein möglichst spannungsfreier und unkomplizierter Umgang mit den begleitenden Eltern hat positive Auswirkungen auf den Umgang mit dem kranken Kind, das auf diese Weise leichter Vertrauen zu den betreuenden Kinderkrankenschwestern gewinnt.“

Zu § 9 (Pflegestufen und Patientengruppen)

Für die Kinderkrankenpflege wird der Bereich der „Allgemeinen Pflege“ in drei Unterbereiche aufgeteilt, weil der Pflege- und Betreuungsaufwand nach dem Alter des zu pflegenden Kindes stark differiert.

Es werden drei Altersgruppen gebildet, und zwar die Gruppe „Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge“ (F), „Kleinkinder“ (K) sowie „Schulkinder und Jugendliche“ (J).

Die drei Altersgruppen sind wie folgt definiert:

Früh-/Neugeb./Säugl.	Kleinkinder	Schulk./Jugendl.
<i>Frühgeborene</i> bis 37. Schwangerschaftswoche unter 2 500 g	ab 13. Lebensmonat bis 5. Lebensjahr	<i>Schulkinder</i> ab 6. Lebensjahr
<i>Kranke Neugeborene</i> bis zum 28. Lebenstag		<i>Jugendliche</i> bis 17. Lebensjahr
<i>Säuglinge</i> bis zum 12. Lebensmonat		

Zu den Absätzen 1 und 2

Die zu § 4 und § 5 gegebenen Erläuterungen gelten entsprechend, wobei sich hier die inhaltliche Gestaltung der Stufung für die „Allgemeine Pflege“ und die „Spezielle Pflege“ aus den Einordnungsmerkmalen nach Anlagen 3 und 4 ergibt, die Bestandteile der Regelung sind.

Zu § 10 (Minutenwerte)

Die zu § 6 gegebenen Erläuterungen gelten entsprechend.

Aufgrund der unterschiedlichen infrastrukturellen Gegebenheiten konnte der Zeitaufwand für behandlungsnotwendiges Begleiten nicht in den Minutenwerten berücksichtigt werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Zeitwerte dafür gesondert verhandelt werden.

Zum vierten Abschnitt (Schlußvorschriften)

Der Abschnitt enthält die Übergangsvorschriften.

Zu § 11 (Übergangsvorschriften)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift stellt, vorbehaltlich Absatz 2, eine möglichst rasche Verbesserung der Personalsituation sicher. Nach Satz 1 ist die neue Personalbemessung bei jeder Pflegesatzverhandlung nach dem 1. Januar 1993 zugrunde zu legen. Unabhängig davon können Krankenhäuser nach Satz 2 eine Neuvereinbarung des Budgets verlangen, sobald sie die Patientenzuordnung für ein Quartal den anderen Vertragsparteien vorgelegt haben. Um schnell zu einem Ergebnis zu kommen, soll das verwaltungsaufwendigere Verfahren nach § 5 Abs. 3 nicht angewandt werden.

Vor dem Hintergrund eines vierjährigen Übergangszeitraums ist davon auszugehen, daß der Stellenzuwachs im ersten Jahr bei 25 vom Hundert des Zuwachses liegt, der dem Krankenhaus nach der Pflegepersonalregelung insgesamt zusteht. Das für 1993 vorgesehene verkürzte Verfahren wird auch dann

angewandt, wenn sich die Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 1993 verzögern.

Damit das in § 1 KHG vorgeschriebene Prinzip der prospektiven Budget- und Pflegesatzvereinbarung gewahrt bleibt, bestimmt Satz 3, daß die neue Personalbemessung und die neu zu vereinbarenden Pflegesätze nur für die noch verbleibende Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums vereinbart werden dürfen. Die Restlaufzeit beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sich die Vertragsparteien geeinigt haben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß die Personalbemessung nach dieser Regelung grundsätzlich vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1996 zu realisieren ist. Darüber hinaus regelt Absatz 2, daß der anerkannte zusätzliche Personalbedarf stufenweise in einem Zeitraum von vier Jahren zu einer entsprechend höheren Zahl von Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser führt. Ein Übergangszeitraum ist wegen der zusätzlichen finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig. Im übrigen wird die derzeitige Arbeitsmarktlage eine schnelle Besetzung der Personalstellen erschweren.

Im Übergangszeitraum ist die Personalbemessung in jeder Pflegesatzverhandlung erneut zu vereinbaren. Dabei kann sich beispielsweise aufgrund einer veränderten Zahl der Patienten in den Patientengruppen ein neues Personal-Soll ergeben; liegt es über der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Stellenzahl, so ist eine stufenweise Anpassung im verbleibenden Übergangszeitraum vorzunehmen. Liegt das neue Personal-Soll unter der tatsächlichen Personalbesetzung, ist es ohne Übergangsfrist zu realisieren.

Zu Absatz 3

Absatz 3 verhindert in der Übergangszeit Gewinne der Krankenhäuser aus nicht besetzten Personalstellen, zu denen es insbesondere aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktsituation in den Krankenpflegeberufen kommen kann. Die Vorschrift regelt eine Ausnahme von der grundsätzlich prospektiven Budgetvereinbarung, die solche nachträglichen Verrechnungen nicht zuläßt. Gegen die Einsparungen aus nicht

besetzten Stellen sind entsprechende Mehrkosten, z. B. aufgrund von Überstunden, zu verrechnen.

Zu den Anlagen 1 bis 4

Auf der Basis dieser Anlagen werden die Patienten getrennt sowohl nach dem A- und S-Bereich als auch nach Erwachsenen und Kindern den Pflegestufen zugeordnet.

Grundsätzlich ist, mit einer Ausnahme, die erste Pflegestufe (A 1, S 1, KS 1) eine Residualgröße. Patienten, die den beiden höheren Pflegestufen nicht zugeordnet werden können, gehören in die erste Pflegestufe. Im Bereich „Allgemeine Pflege“ (Kinderkrankenpflege) ist die höchste Pflegestufe (KA 3) die Residualgröße, d. h. alle Patienten, die weder KA 1 noch KA 2 zugeordnet werden können, werden in KA 3 eingestuft.

Da diese Anlagen ausschließlich dem Ziel der Einordnung dienen, d. h. Kriterien ausweisen, die eine schnelle und klare Zuordnung ermöglichen, wäre es falsch, in ihnen alle pflegerischen Leistungen finden zu wollen. Diese sind in den Materialien zur Regelung (Tätigkeitsprofile) aufgeführt.

Zu Anlage 5

Diese Anlage hilft dem Krankenhaus, seiner Nachweispflicht gegenüber den Kostenträgern differenziert und rationell nachzukommen.

Zu Artikel 14 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 97)

Wegen der bisher gesetzlich vorgesehenen aufschiebenden Wirkung einer Klage gegen eine Anordnung der Aufsichtsbehörde hatte die Aufsicht keine Möglichkeit, die Sozialversicherungsträger und ihre Verbände zeitnah zur Aufsichtsanordnung in die Verantwortung zu nehmen und die Anwendung gesetzlicher Vorschriften sofort sicherzustellen. Um alsbald Ergebnisse zu erzielen und langandauernde Rechtsstreitigkeiten und die damit verbundene Verzögerung bei der Erfüllung gesetzlicher Ziele zu vermeiden, fällt die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden weg, wenn sie die sofortige Vollziehung aus nachvollziehbaren Gründen anordnet.

Zu Nummer 2 (§ 193)

Nachdem der Katalog der Streitigkeiten in der Sozialgerichtsbarkeit, für die sich die Gebühren des Rechtsanwalts nach dem Gegenstandswert berechnen, erheblich ausgeweitet wurde, ist es in bestimmten Fällen nicht mehr angemessen, staatliche Einrichtungen — soweit sie Kläger oder Beklagte sind — mit den außergerichtlichen Kosten für eigene Prozeßvoll-

mächtigte auch dann zu belasten, wenn sie obsiegen.

Zu Artikel 15 (Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2 a bis 2 c SGB V.

Zu Artikel 16 (Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes)

Die Vorschrift über die Kassenzuständigkeit für Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz wird an die Neuregelung der Kassenwahlrechte nach §§ 173 bis 177 SGB V angepaßt. Wird das Wahlrecht von den Versicherten nicht ausgeübt, hat das Arbeitsamt eine Krankenkasse zu wählen und den Versicherten über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten (§ 175 Abs. 2 SGB V).

Zu Artikel 17 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 12)

Durch die nach § 12 zu erlassende Rechtsverordnung soll sichergestellt werden, daß einheitliche Kriterien für die auf den Markt gebrachten Packungsgrößen gelten. Das ist insbesondere im Hinblick auf die Einführung einer nach Packungsgrößen gestaffelten Zuzahlung (§ 31 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erforderlich.

Zu Nummer 2 (6. Abschnitt)

Das nach § 92a SGB V zu errichtende Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ übernimmt in veränderter Form die bisher von der Transparenzkommission erfüllten Aufgaben. Die Transparenzkommission wird aufgelöst.

Zu Artikel 18 (Änderung der Gebührenordnung für Ärzte)

Die Änderungen stehen im Zusammenhang mit der Neuregelung der Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen. Zum Ausgleich für nicht entstehende Praxiskosten sollen liquidationsberechtigte Krankenhausärzte bei wahlärztlichen Leistungen einen entsprechenden Abschlag von den nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Gebühren tragen. Im Hinblick auf die Höhe der durchschnittlichen Praxiskosten niedergelassener Ärzte von 50 vom Hundert oder mehr ihrer Honorareinnahmen erscheint ein Abschlag in vergleichbarer Größenordnung angemessen. Der Abschlag soll zu einem Teil die Wahlarztpatienten unmittelbar — durch eine entsprechende Gebührenminderung —

und zu einem anderen Teil den Pflegesatz des Krankenhauses entlasten.

Zu Nummer 1 (§ 6a Abs.1)

Die Erhöhung der Gebührenminderung für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen, denen künftig auch privatärztlich im Krankenhaus erbrachte vor- und nachstationäre Leistungen gleichgestellt werden, kommt unmittelbar insbesondere den Patienten zugute, die wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung in Anspruch nehmen. Sie erstreckt sich jedoch auch auf stationäre privatärztliche Leistungen in Einrichtungen, die nicht dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung unterliegen wie z. B. Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, da auch insoweit eine Gebührenminderung in diesem Umfang sachgerecht ist.

Ausgenommen von der erhöhten Gebührenminderung werden in den Jahren 1993 bis 1995 die wahlärztlichen Leistungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte, die auf Grund schon vor dem 1. Januar 1993 bestehender Chefarztverträge zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. In dem Umfang der insoweit bis zum 1. Januar 1996 aufgeschobenen Erhöhung der Gebührenminderung tragen diese Ärzte statt dessen in diesem Zeitraum zur Pflegesatzentlastung bei, indem sie — neben der in den Jahren 1993 bis 1995 aus den vertraglich vereinbarten Nutzungsentgelten nur zu 60 vom Hundert zu leistenden Kostenerstattung — nach § 11 Abs. 3a der Bundespflegesatzverordnung (vgl. Artikel 12 Abs. 1 Nr. 6) zusätzlich 10 vom Hundert der für wahlärztliche Leistungen berechneten Gebühren zur Senkung der pflegesatzfähigen Kosten abführen.

Für stationäre Leistungen niedergelassener Ärzte gilt die Gebührenminderungspflicht in dem bisherigen Umfang weiter. Insoweit besteht für eine Erhöhung der Gebührenminderung kein Anlaß, weil sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieser Ärzte wesentlich von denen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte unterscheiden, die vom Krankenhaus-träger für ihre Tätigkeit ein festes Gehalt beziehen. Bei Belegärzten ist überdies zu berücksichtigen, daß sie die Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten selbst zu tragen haben.

Der bisherige Satz 2 des § 6a Abs. 1 entfällt mangels praktischer Bedeutung.

Zu Nummer 2 (§ 6a Abs. 2)

Die Streichung ist eine redaktionelle Anpassung an die sich aus Nummer 1 ergebenden Änderungen.

Zu Artikel 19 (Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Im Hinblick auf die sich auch auf liquidationsberechtigte Krankenhauszahnärzte erstreckende Neuregelung der Kostenerstattung für gesondert berechnete

wahlärztliche Leistungen wird die Gebührenminderung für stationäre privatärztliche Leistungen nach § 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) den nach Artikel 18 geänderten Parallelregelungen zu § 6a der Gebührenordnung für Ärzte angepaßt.

Die Begründung zu Artikel 18 Nr. 1 (§ 6a der Gebührenordnung für Ärzte) gilt entsprechend.

Zu Artikel 20 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

Mit der Regelung in Absatz 6 wird Rechtsklarheit beim Einsatz nicht approbierten zahnärztlichen Personals geschaffen und der Erkenntnis vieler nationaler und internationaler Untersuchungen und den Praxiserfahrungen der letzten Jahre Rechnung getragen. Danach ist es unter fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht erforderlich, alle Leistungen an Patienten nur von approbierten Zahnärzten durchführen zu lassen. Hierzu besteht auch keine rechtliche Notwendigkeit, solange die Tätigkeit nicht approbierten Personals vom Zahnarzt kontrolliert wird, wobei allerdings die ständige Anwesenheit des Zahnarztes beim Patienten nicht erforderlich ist. Für die Auswahl und die Aufsicht des in Frage kommenden Personals ist der Zahnarzt verantwortlich.

Unter qualifiziertem Prophylaxepersonal im Sinne dieses Gesetzes werden Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung in einem zahnmedizinischen Beruf mit prophylaktischer Weiterbildung verstanden. Dies können sowohl zahnmedizinische Fachhelferinnen, Zahnarzhelferinnen, ausgebildete Prophylaxehelferinnen oder Dental-Hygienikerinnen sein.

Die näheren Einzelheiten zu den Ausbildungsanforderungen für eine Qualifikation nach Absatz 6 regeln die nach § 91 Berufsausbildungsgesetz zuständigen Zahnärztekammern im Rahmen von Fortbildungs- und Prüfungsordnungen. Die Verträge nach § 87 SGB V sind entsprechend anzupassen.

Zu Artikel 21 (Budgetierung der Verwaltungsausgaben)

Zu Absatz 1

Entsprechend den Regelungen in den meisten Leistungsbereichen der Krankenkassen, für die sich die Ausgaben in den Jahren 1993, 1994 und 1995 nur in dem Maße verändern dürfen, wie sich im gleichen Zeitraum die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt entwickeln, sollen sich auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nur in diesem Umfang verändern.

Die Regelungen der Sätze 2 und 3 beschreiben die Ausgangsbasis für die Veränderungsrate nach Satz 1. Hierbei werden die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben je Mitglied aller Krankenkassen in den alten Bundesländern (ohne Betriebskrankenkassen) zur Grundlage gemacht. Da nach § 147 Abs. 2 SGB V der Arbeitgeber die Personalkosten für die Betriebs-

krankenkasse übernimmt, ist eine Sonderregelung in Satz 3 erforderlich.

Beim Zusammenschluß von Krankenkassen richtet sich die Veränderung der Verwaltungsausgaben nach der Summe der für die beteiligten Einzelkassen vor dem Zusammenschluß bestehenden Höhe der Verwaltungsausgaben. Bei der Neugründung einer Krankenkasse ist die Vorschrift nicht anwendbar.

Die Regelung in Satz 4 stellt sicher, daß die Krankenkassen auch bei Fehleinschätzung der Entwicklung der Verwaltungsausgaben ihre gesetzlichen Aufgaben und rechtlich bindenden Verpflichtungen bis zum jeweiligen Jahresende erfüllen können.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Parallelvorschrift für die neuen Bundesländer.

Satz 2 beinhaltet eine Sonderregelung für die Ermittlung der Ausgangsbasis im Jahr 1991 bei den Betriebskrankenkassen im Beitrittsgebiet. Die Ausnahmeregelung ist notwendig, da die Personalausgaben im Jahr 1991 anders als in den Folgejahren von den Krankenkassen zu tragen waren (vgl. § 312 Abs. 4 SGB V).

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine Parallelvorschrift für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Zu Absatz 4

Die Regelung gewährleistet eine gleichmäßige Auslegung des Begriffs der Verwaltungsausgaben.

Die Ausnahme in Satz 2 berücksichtigt, daß die Einbeziehung von Verwaltungskosten für die Erfüllung von Aufgaben, die nicht alle Kassenarten durchführen, in die Budgetierung bei einer Ausweitung dieser Aufgaben zur Benachteiligung der betreffenden Kassenarten führen kann. Dies gilt beispielsweise für Verwaltungskosten bei Durchführung von Sozialversicherungsabkommen sowie die Kosten für Meldungen aufgrund des Gesetzes zur Einführung eines Sozialversicherungsausweises und des Meldeverfahrens für geringfügig Beschäftigte.

Zu Absatz 5

Die Regelung gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, in Sonderfällen, in denen die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben oder vertraglicher Verpflichtungen der Krankenkassen vor unlösbare finanzielle Probleme stellt, eine betragsmäßig begrenzte Budgetüberschreitung zu gestatten. Für einzelne Krankenkassen, die wegen struktureller Änderungen der für sie maßgeblichen Berufsgruppen oder der Neugründung von Krankenkassen einen erheblichen Mitgliederrückgang zu verzeichnen haben, kann die Anknüpfung

der Budgetierung der Verwaltungsausgaben an die Mitgliederzahl zu Friktionen führen. Die Ausnahmeregelung ermöglicht es der Aufsichtsbehörde, ein Budget zu genehmigen, das diese außergewöhnliche Situation angemessen berücksichtigt. Mit der Regelung kann außerdem besonderen Situationen einzelner Krankenkassen im Beitrittsgebiet Rechnung getragen werden.

Zu Artikel 22 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen sowie der durch dieses Gesetz erlassenen Pflege-Personalregelung zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Zu Artikel 23 (Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes)

Zu Nummer 1

Die Vorschrift überträgt die Neuregelung der Vorversicherungszeiten für die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V auf die nach der Übergangsregelung in Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes versicherten Rentner.

Zu Nummer 2

Die Vorschrift ist wegen der Einführung eines einheitlichen Wahlrechts für die freiwillig Versicherten aller Krankenkassen (Artikel 1 Nr. 5) entbehrlich.

Zu Artikel 24 (Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen)

Um die Ziele des Reformpakets zu erreichen, können dem Gesetz zuwiderlaufende Vereinbarungen nicht aufrechterhalten bleiben. Das Gesetz formuliert die Bedingungen und Voraussetzungen der Beteiligung an der gesetzlichen Krankenversicherung neu; insoweit entfallen die Geschäftsgrundlagen für überholte Vereinbarungen.

Zu Artikel 25 (Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung)

Soweit die Selbstverwaltung ihren gesetzlichen Verpflichtungen nicht innerhalb der reichlich bemessenen Frist nachkommt, kann ersatzweise der Verordnungsgeber entsprechende Regelungen treffen. Damit wird sichergestellt, daß gesetzliche Vorgaben zur

Wirtschaftlichkeit und Transparenz umgesetzt werden.

Zu Artikel 26 (Erweiterung der Versicherungspflicht)

Die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist sozialpolitisch sinnvoll. Die Abgrenzung des Personenkreises im einzelnen, die Beitragsgestaltung und die Regelung der Meldepflichten bleibt einem späteren Gesetz vorbehalten.

Zu Artikel 27 (Arznei- und Heilmittelbudget für 1993)

Die erstmalige Festsetzung des Budgets für Arznei-, Verband- und Heilmittel für das Jahr 1993 wird durch gesetzliche Vorgaben geregelt. Grundlage sind die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen über die Ausgaben im Jahr 1991.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden die Faktoren bestimmt, um die die Ausgaben des Jahres 1991 zu bereinigen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Verfahren der Zuordnung der Ausgaben zum Geltungsbereich des jeweiligen Budgets.

Zu den Absätzen 3 bis 6

Absätze 3 bis 6 regeln den Defizitausgleich für den Fall einer Überschreitung des Budgets.

Zu Absatz 7

Absatz 7 bestimmt, daß das Budget bis zum Inkrafttreten entsprechender Vereinbarungen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nach § 84 Abs. 1 SGB V fortgilt. Die Möglichkeit, das Budget durch Vereinbarungen nach § 84 Abs. 4 SGB V auszusetzen, bleibt unberührt.

Zu Absatz 8

Die in Absatz 8 getroffene Sonderregelung für die neuen Bundesländer trägt der in diesen Ländern geltenden Abschlagsregelung für Arzneimittel nach § 311a SGB V Rechnung. Budgets nach Absatz 1

gelten deshalb in diesen Ländern erst für 1994, nach Auslaufen der Abschlagsregelung.

Zu Artikel 28 (Preismoratorium für Arzneimittel)

Zu Absatz 1

Durch die Regelung wird eine finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Arzneimittelausgaben für die Jahre 1993 und 1994 erreicht. Die Preisabsenkung wird auf solche apothekenpflichtigen Arzneimittel beschränkt, für die noch kein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt ist. Damit werden auch die Hersteller dieser Arzneimittel zur finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Die damit verbundene Belastung ist zumutbar, da diese Mittel von dem preisdämpfenden Effekt der Festbeträge — durchschnittlich ./ 10 bis 20 v. H. in den vergangenen Jahren — bisher nicht betroffen sind. Gerechtfertigt ist dieser Eingriff in die Preisbildung, da die Arzneimittelhersteller in hohem Maße von der Finanzierungsfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren und, wie das Bundesverfassungsgericht wiederholt festgestellt hat, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gemeinwohlauflage von hohem Rang ist.

Die Regelung gilt auch in den neuen Bundesländern; sie bleibt hier jedoch im Jahr 1993 insoweit ohne Wirkung, als sich durch die Preissenkung eine Verringerung des Defizits bei den Arzneimittelausgaben ergibt. Dadurch wird eine entsprechende Verringerung des Rechnungsabschlags nach § 311a SGB V möglich.

Die Sätze 2 bis 5 regeln das Verfahren der Umsetzung der Preissenkung.

Die geringere Preisabsenkung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel trägt der Tatsache Rechnung, daß diese Mittel etwa zu gleichen Teilen sowohl in der Selbstmedikation gekauft als auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht eine Überprüfung der Notwendigkeit des Preisabschlags entsprechend der Transparenzrichtlinie der EG vor.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, daß die Regelung nicht für Arzneimittel gilt, die nach § 34 Abs. 3 SGB V nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.

Zu Artikel 29 (Institut „Arzneimittel in der Krankenversicherung“)**Zu § 1**

Die bei der Geschäftsstelle der Transparenzkommission vorhandene Personalkapazität und Fachkompetenz soll genutzt werden, um die Arbeitsaufnahme des nach § 92a SGB V zu errichtenden Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ zu erleichtern und eine effektive Verwertung der bisherigen Arbeitsergebnisse der Transparenzkommission zu gewährleisten.

Zu § 2

Die Verordnungsermächtigungen nach § 34 Abs. 2 und 3 SGB V bleiben bis zur Veröffentlichung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nach § 92a Abs. 8 in Kraft. Soweit der Bundesminister für Gesundheit in der Übergangszeit entsprechende Verordnungen erläßt, leistet das Institut fachliche Unterstützung.

Zu Artikel 30 (Sonderkündigungsrecht für versicherungsfreie Personen)

Im Hinblick auf den Wegfall der Genehmigungspflicht für die Tarife der privaten Krankenversicherung ab 1. Juli 1994 trägt der Gesetzgeber auch für die auf den privaten Versicherungsschutz angewiesenen versicherungsfreien Personen erhöhte soziale Verantwortung. Sie müssen in die Lage versetzt werden, vergleichbare Qualitätsanforderungen an den Schutz durchsetzen zu können wie die zuschlußberechtigten Personen nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 31 (Überleitungsvorschriften)**Zu § 1** (Altersgrenze für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte)

Die Vorschrift trifft eine Regelung für die Fälle, in denen Vertragsärzte/Vertragszahnärzte und angestellte Ärzte/Zahnärzte am 1. Januar 1999 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Zu § 2 (Eintragung in das Arztregister)

Eintragungen in das Arztregister, die vor Inkrafttreten der Neuregelung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorgenommen worden sind, sollen zur Kasenzulassung nur dann berechtigen, wenn der Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Neuregelung gestellt wird.

Zu § 3 (Entscheidung über die Zulassung)

Absatz 1 Satz 1 der Vorschrift dient der Rechtssicherheit, indem der Zeitpunkt bestimmt wird, bis zu dem Zulassungsanträge noch nach altem Recht zu bescheiden sind. Dies ist erforderlich, da davon auszugehen ist, daß die Bedarfsermittlung durch die Selbstverwaltung nicht schon mit Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt.

Absatz 1 Satz 2 der Vorschrift stellt sicher, daß Zulassungen nach altem Recht nur noch erteilt werden können, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in absehbarer Zeit aufgenommen wird.

Es ist davon auszugehen, daß der Landesausschuß die Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, bis zum 31. Januar 1993 treffen wird.

Zu § 4 (Freiwillige Versicherung)

Die Vorschrift stellt klar, daß Personen, die die Beitrittsvoraussetzungen nach altem Recht spätestens am 31. Dezember 1992 erfüllt haben, aber nach dem ab 1. Januar 1993 geltenden Recht nicht mehr beitreten können, auch dann noch nach altem Recht freiwillig beitreten können, wenn der Beitritt bei der Krankenkasse im neuen Jahr angezeigt wird.

Zu § 5 (Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Erwachsenen)

Soweit die Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen wurde, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsminde- rung für die Versicherten eintreten. Dies soll allerdings nur für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag schriftlich bewilligt hat, an dem die erste Lesung des Gesetzentwurfes im Deutschen Bundestag stattgefunden hat. Von diesem Zeitpunkt an muß jeder Versicherte mit einer für ihn nachteiligen Rechtsänderung rechnen. In diesen Fällen werden deshalb die Kosten von der Krankenkasse über den 31. Dezember 1992 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher weiterhin übernommen. Wurde über die Leistung nach dem 5. November 1992 entschieden, gilt für die ab 1. Januar 1993 erbrachten Leistungen das neue Recht.

Zu § 6 (Versorgung mit Zahnersatz)

Durch die Neuregelung des § 30 SGB V werden die Ansprüche der Versicherten neu bestimmt. Soweit die Versorgung mit Zahnersatz bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen wurde, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsänderung für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag schriftlich bewilligt hat, an dem die erste Lesung des Gesetzentwurfes im Deutschen Bundestag stattgefunden hat. In

diesen Fällen werden deshalb die Kosten von der Krankenkasse über den 31. Dezember 1992 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher weiterhin übernommen. Wurde über die Leistung nach dem 5. November 1992 entschieden und wird die Behandlung nicht bis zum 31. Dezember 1992 abgeschlossen, gilt für die ab 1. Januar 1993 erbrachten Leistungen das neue Recht.

Zu § 7 (Weitergeltung bestehender Verträge)

Absatz 1 stellt sicher, daß ab 1. Januar 1993 kein vertragsloser Zustand zwischen Krankenkassen, Ärzten oder Zahnärzten eintreten kann.

Absatz 2 regelt, daß in die bisherigen auf der Bundesebene abgeschlossenen Verträge ab 1. Januar 1993 kraft Gesetzes die regionalen Gesamtvertragsparteien mit allen Rechten und Pflichten als Vertragspartner eintreten.

Zu § 8 (Wirkung der Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen)

Während des Zeitraums der Budgetierung der Ausgaben der GKV in den Jahren 1993 bis 1995 ist sichergestellt, daß Vergütungsvereinbarungen, die aufsichtsrechtlich beanstandet werden, keine Wirksamkeit entfalten. Dadurch soll einer möglichen Budgetüberschreitung vorgebeugt werden. Für den Anschlußzeitraum ist es hingegen nicht erforderlich, die sofortige Unwirksamkeit aller beanstandeten Vergütungsvereinbarungen gesetzlich festzuschreiben.

Zu § 9 (Wirkung der Beanstandung von Entscheidungen der Schiedsämter)

Während der Budgetierungsphase in den Jahren 1993 bis 1995 wird die Einhaltung der Budgetobergrenze auch dadurch abgesichert, daß nicht nur Vergütungsvereinbarungen, sondern auch von einem Schiedsamt festgelegte Vergütungsregelungen bei einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung nicht wirksam werden.

Zu §§ 10 und 11 (Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrats und des Vorstands)

Es muß gewährleistet sein, daß mit Inkrafttreten des neuen Selbstverwaltungsrechts am 1. Januar 1996 die Organe der Krankenkassen dem neuen Recht entsprechend gewählt sind. Deshalb ist in §§ 10 und 11 bestimmt, daß die Wahlhandlungen zum Verwaltungsrat und zum Vorstand bereits im Jahre 1995 stattzufinden haben. Die zusätzliche Maßgabe zur Wahl des Vorstandes in § 11 Satz 2 soll den Übergang auf die neue Organisation der Selbstverwaltung fördern.

Zu § 12 (Überleitungsvorschrift für die Verbände der Krankenkassen)

Folgeänderung zu §§ 10 und 11.

Zu Artikel 32 (Übergangsregelungen zum Risikostrukturausgleich)

Zu § 1

Absatz 1 regelt die Durchführung des Risikostrukturausgleichs im Jahre 1994. Die Vorschrift berücksichtigt, daß Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner erst vom 1. Januar 1995 in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

Absatz 2 paßt die Neuregelung zur Bestimmung des Bedarfssatzes (§ 145 Abs. 3 SGB V) im Jahre 1994 an die bis dahin geltende Regelung zum Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (§§ 268 ff. SGB V) an.

Zu § 2

Die Vorschrift stellt klar, daß der Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V) ab 1. Januar 1995 auch für Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner gilt. Der Zeitpunkt des Außerkrafttretens der bisherigen Regelung zum Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner hängt von der Abwicklung der Ansprüche und Verpflichtungen aus diesem Ausgleich ab und soll deshalb in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V festgesetzt werden.

Zu § 3

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung des Finanzausgleichs auf Bundesebene innerhalb einer Kassenart (§ 267 SGBV), die bis zur Einführung des Risikostrukturausgleichs (1. Januar 1994) weiter gelten soll.

Zu § 4

Die Vorschrift regelt — abweichend von Artikel 1 Nr. 75 — die Bestimmung des Bedarfssatzes für das Jahr 1993 in der bisher nach § 145 Abs. 2 SGB V geltenden Fassung.

Zu Artikel 33 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt Sofortmaßnahmen. Es gilt, einen weiteren Anstieg der Beitragssätze unverzüglich zu verhindern.

Zu Absatz 2

Die Rechtsänderungen in Artikel 1 Nr. 103 und in Artikel 7 Nr. 4 müssen rückwirkend zum 1. Januar 1992 in Kraft treten, da mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an durch Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften vom 6. Dezember 1991 die Fortsetzung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger allein an die Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub geknüpft worden war. Ohne die Rückwirkung wäre in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes das Fortbestehen der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Nur-Erziehungsgeldbezieher nicht gesichert.

Zu Absatz 3

Die Regelungen zur Weiterbildung treten erst am 1. Januar 1994 in Kraft, um die erforderlichen organisatorischen Vorbereitungen zu ermöglichen.

Die Regelung über die Pauschalförderung der Krankenhäuser tritt erst am 1. Januar 1994 in Kraft, um den Ländern, soweit erforderlich, eine Anpassung ihres Förderrechts zu ermöglichen.

Die Regelungen über die Einführung eines Risikostrukturausgleichs in der Allgemeinen Krankenversicherung treten am 1. Januar 1994 in Kraft, weil die Durchführung aus verwaltungs- und datentechnischen Gründen nicht früher möglich ist.

Zu Absatz 4

Die bisherige Wartezeit von drei Jahren für die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel mit demselben Wirkstoff nach Ablauf des Patentschutzes entfällt am 1. Januar 1996 (Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe b).

Die Regelungen über die Einführung von Kassenvahlrechten (Artikel 1 Nr. 99) treten am 1. Januar 1996 in Kraft, weil der damit verbundene Kassenvettbewerb die vorherige Durchführung des Risikostrukturausgleichs voraussetzt. Aus diesem Grunde treten auch die Regelungen zur Neuordnung der Krankenkassenorganisation und des Selbstverwaltungsrechts zu diesem Zeitpunkt in Kraft.

Die pflegesatzrelevanten Regelungen über die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen und die Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen treten erst am 1. Januar 1996 — nach Beendigung der Grundlohnbindung der Krankenhausbudgets — in Kraft.

Ebenfalls am 1. Januar 1996 in Kraft treten die nach Ablauf des Budgetierungszeitraums für die Krankenhäuser bei liquidationsberechtigten Krankenhausärzten mit Altverträgen auf 85 v. H. der für wahlärztliche Leistungen vereinbarten Abgaben an das Krankenhaus abstellenden Regelungen zur Kostenerstattung und zum Kostenabzug (Artikel 12 Abs. 3 Nr. 6 Buchstabe b sowie Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb).

Zu Absatz 5

Mit Veröffentlichung der Zusammenstellung der Arzneimittel nach § 92a Abs. 8 tritt die geänderte Fassung des § 31 Abs. 1 SGB V (Arznei- und Verbandmittel) in Kraft. Als Folgeänderung entfallen die Regelungen zur Preisvergleichsliste in § 34 Abs. 1 bis 3 und 5, § 73 Abs. 5, § 92 Abs. 2 und 3, § 129 Abs. 6 Satz 1, § 131 Abs. 2 und 4 und § 93 SGB V.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die im Entwurf eines Gesundheitsstrukturgesetzes vorgesehenen Maßnahmen sollen zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen und Beitragssatzstabilität gewährleisten.

I. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in 1993

Durch die mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1993 wirksam werdenden Maßnahmen soll die gesetzliche Krankenversicherung 1993 um ca. 10,7 Mrd. DM entlastet werden. Von diesen Entlastungen entfallen ca. 9,5 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den alten Bundesländern und ca. 1,2 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern.

Den finanziellen Entlastungen stehen 1993 Mehrausgaben von ca. 550 Mio. DM gegenüber, von denen ca. 450 Mio. DM in den alten und ca. 100 Mio. DM in den neuen Bundesländern anfallen.

Die Schätzung der finanziellen Auswirkungen, die sich aus den einzelnen Maßnahmen in den jeweiligen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung für 1993 ergeben, verdeutlicht die folgende Übersicht:

Finanzielle Auswirkungen in der GKV für das Jahr 1993

1. Finanzielle Entlastungen	
Krankenhaus	
— Grundlohnbindung ..	rd. 2,50 Mrd. DM
— Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte	rd. 0,720 Mrd. DM
Zuzahlung	rd. 0,070 Mrd. DM
Ärztliche Versorgung	
— Grundlohnbindung ..	rd. 0,750 Mrd. DM
Zahnärztliche Versorgung	
— Grundlohnbindung zahnärztliche Behandlung	rd. 0,400 Mrd. DM

— Absenkung Honorare bei Zahnersatz	rd. 0,325 Mrd. DM
— Degressiver Punktwert Zahnärzte	rd. 0,300 Mrd. DM
— Absenkung zahntechnischer Preise bei Zahnersatz	rd. 0,200 Mrd. DM
— Neubestimmung des Leistungskatalogs Zahnersatz	rd. 0,650 Mrd. DM
— Absenkung Honorare bei Kieferorthopädie ...	rd. 0,095 Mrd. DM
— Absenkung zahntechnischer Preise bei Kieferorthopädie	rd. 0,025 Mrd. DM
— Neubestimmung kieferorthopädischer Leistungen für Erwachsene ...	rd. 0,110 Mrd. DM
Arzneimittel	
— Preismoratorium Pharmahersteller	rd. 1,500 Mrd. DM
— Budget (Mengenstabilisierung)	rd. 0,560 Mrd. DM
— Zuzahlung	rd. 1,300 Mrd. DM
Heilmittel	
— Budget (Mengenstabilisierung)	rd. 0,200 Mrd. DM
Stationäre Kuren	
— Grundlohnbindung ..	rd. 0,350 Mrd. DM
— Zuzahlung	rd. 0,010 Mrd. DM
Verwaltungsausgaben Krankenkassen	
— Grundlohnbindung ..	rd. 0,240 Mrd. DM
Beitragsbemessung freiwillig Versicherter im Ruhestand (Mehreinnahmen) ..	rd. 0,350 Mrd. DM
Summe der finanziellen Entlastungen	rd. 10,655 Mrd. DM
2. Mehrausgaben	
Individualprophylaxe und Fissurenversiegelung	rd. 0,170 Mrd. DM
Förderung ambulantes Operieren	rd. 0,040 Mrd. DM
Personalregelung Krankenpflege	rd. 0,210 Mrd. DM
Psychiatrie-Personalverordnung	rd. 0,100 Mrd. DM
Hebammen-Personalbemessung	rd. 0,025 Mrd. DM
Summe der Mehrausgaben	rd. 0,545 Mrd. DM
3. Nettoentlastung für die GKV	rd. 10,110 Mrd. DM

II. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren nach 1993

- Die mit Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werdenden Maßnahmen werden die gesetzliche Krankenversicherung auch in den folgenden Jahren in den alten Bundesländern in einer ähnlichen Größenordnung finanziell entlasten wie 1993. Für den Bereich der neuen Bundesländer dürfte sich das Entlastungsvolumen mit der Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse mittelfristig schrittweise einem Wert nähern, der — entsprechend dem dortigen Versichertenanteil — bei ca. einem Viertel des Entlastungsvolumens in den alten Bundesländern liegen könnte.

Zusätzlich zu den sofort ab 1993 wirksamen und z. T. auf die Jahre 1993 bis 1995 beschränkten Maßnahmen der Ausgabenbegrenzung tragen eine Vielzahl struktureller Regelungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Diese Maßnahmen, deren finanzielle Auswirkungen im einzelnen nicht quantifizierbar sind, sollen z. T. bereits ab 1993, vor allem jedoch in den Folgejahren mittelfristig zu finanziellen Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen führen. Hierzu zählen insbesondere:

- Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen im Krankenhaus anstelle tagesgleicher Pflegesätze
- Verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung
- Maßnahmen zur Begrenzung der Zahl der Kassenärzte
- Verbesserungen im Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Rasche und wirksame Einführung von Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel
- Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz; insbesondere Einführung der Krankenversichertenkarte
- Verbesserungen bei der Prophylaxe und Qualitätssicherung im Bereich der Zahnmedizin
- Erleichterung der Umsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel in den Stufen 2 und 3
- Erarbeitung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der GKV
- Schaffung wirksamer Anreize für beitragsenkenden Wettbewerb
- Ablösung des ausgabentreibenden Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner.

Die strukturellen Maßnahmen sollen gewährleisten, daß die Entlastungen der Krankenkassen durch die vorgesehene strikte Grundlohnbindung für die Jahre 1993 bis 1995 auch nach Auslaufen dieser Regelung zu einer dauerhaften

finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen und Beitragssatzstabilität sicherstellen.

Eine Berechnung des Entlastungsvolumens im Bereich der Arzneimittelversorgung durch die Umstellung der Zuzahlung nach Packungsgrößen ab 1994 ist erst möglich, wenn eine entsprechende Klassifikation erfolgt ist. Bei der Krankenhauszuzahlung erhöht sich das Einsparvolumen ab 1994 von rd. 70 Mio. DM auf rd. 140 Mio. DM.

Die für 1993 erwarteten Mehreinnahmen aus der veränderten Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder im Ruhestand von rd. 350 Mio. DM werden sich in den Folgejahren mit steigendem Anteil der Personen erhöhen, die aus dem Erwerbsleben ausscheiden und zukünftig mit dem vollen Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitsentgelten herangezogen werden.

2. Die von 1993 bis 1996 sich schrittweise auf der Basis des Jahres 1992 erhöhenden Mehrausgaben für die Personalregelung Krankenpflege (1993: ca. 210 Mio. DM; 1994: ca. 420 Mio. DM; 1995: ca. 630 Mio. DM; 1996: ca. 840 Mio. DM) werden im Wege der Entlastung der Krankenkassen durch die erhöhte Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte auf Dauer weitgehend ausgeglichen.

Ausgehend vom Jahr 1991 führt die Pflege-Personalregelung zu insgesamt 26 000 neuen Stellen, was einem Finanzvolumen von 1,7 Mrd. DM entspricht. Nachdem die Kostenträgerseite im Vorgriff auf die Pflege-Personalregelung bereits 13 000 neue Stellen zugestanden hat, bleibt — nach Ablauf der ersten drei Jahre — eine Mehrbelastung von 840 Mio. DM.

Darüber hinaus kommen durch die Umsetzung der Psychiatrie-Pflegeverordnung in den Jahren 1993 bis 1995 je 100 Mio. DM Mehrausgaben hinzu, so daß sich folgende Belastung der Kostenträger ergibt:

1993 = 100 Mio. DM, 1994 = 200 Mio. DM,
1995 = 300 Mio. DM.

III. Auswirkungen auf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Es ist davon auszugehen, daß die vorgesehenen Maßnahmen den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung, der in den alten Bundesländern zum 1. Oktober bei rd. 13,1% liegt und bis Anfang 1993 noch geringfügig ansteigen wird, stabilisieren. Vor allem bei wirksamer Umsetzung der strukturellen Maßnahmen erscheinen ab 1994 auch wieder Beitragssatzsenkungen möglich. Für die neuen Bundesländer ist davon auszugehen, daß der zum 1. Oktober 1992 erreichte Beitragssatz von rd. 12,5% ab 1993 weitgehend stabil bleiben wird.

IV. Finanzielle Auswirkungen bei den öffentlichen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern

1. Bund

Finanzielle Entlastungen durch dieses Gesetz wirken sich auf den Bund aus, da er die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte zu tragen hat, soweit diese Aufwendungen nicht durch Beiträge der Altenteiler gedeckt sind.

Der Bund wird demnach ab 1993 voraussichtlich in einer Größenordnung von ca. 85 Mio. DM entlastet.

Weitere finanzielle Entlastungen entstehen dem Bund als Beihilfetragere unmittelbar durch die Neuregelung zur Gebührenminderung und erhöhten Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte in Höhe von ca. 17 Mio. DM für 1993 bis 1995 und ab 1996 in Höhe von rd. 32 Mio. DM. Darüber hinaus führen insbesondere die Grundlohnbindung der Krankenhauspflegesätze und die Senkung der Arzneimittelpreise zu Entlastungen im Rahmen der Beihilfe des Bundes und bewirken außerdem Entlastungen im Bereich der Heilfürsorge des Bundes und anderer Leistungsgesetze.

Soweit die vorgesehenen Regelungen zu Umsatzrückgängen — insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung — führen, wird der Bund durch Einnahmeausfälle bei der Mehrwertsteuer belastet.

2. Länder und Gemeinden

Die Länder werden ebenso wie der Bund als Beihilfetragere durch die Neuregelung zur Gebührenminderung und Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte 1993 bis 1995 in einem Umfang von ca. 17 Mio. DM und ab 1996 von rd. 32 Mio. DM entlastet. Auch für die Beihilfe der Länder wirken sich die Grundlohnbindung der Krankenhauspflegesätze und die Senkung der Arzneimittelpreise finanziell entlastend aus. Ebenso ergeben sich Entlastungen im Bereich der Heilfürsorge der Länder.

Umsatzrückgänge im Arzneimittelbereich können ebenso wie beim Bund bei den Ländern zu Einnahmeausfällen bei der Mehrwertsteuer führen.

3. Finanzielle Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung

Die Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verhindert einerseits höhere Beitragszahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenversicherung der Rentner. Andererseits werden niedrigere jährliche Rentenanpassungen als Folge erhöhter Anteile der Rentner an den Beiträgen zur Krankenversicherung der Rentner vermieden.

Die neuen Zuzahlungsregelungen für stationäre Kuren entlasten die gesetzliche Rentenversicherung

1993 in Höhe von rd. 5 Mio. DM und 1994 in Höhe von rd. 13 Mio. DM.

D. Preiswirkungsklausel

Die finanziellen Entlastungen im Krankenhaus, bei der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, im Bereich der Arznei- und Heilmittelversorgung, bei den stationären Kuren und im Bereich der Verwal-

tungsausgaben der Krankenkassen wirken dämpfend auf die Preisentwicklung in diesen Bereichen.

Die als Folge des Gesetzes zu erwartende Beitragsatzstabilisierung verhindert Kostensteigerungen für Betriebe und private Haushalte. Die möglichen Preisveränderungen im Einzelfall lassen sich nicht im voraus quantifizieren; insgesamt dürften sie sich jedoch dämpfend und langfristig stabilisierend auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, auswirken.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon 02 28/36 35 51, Telefax 02 28/36 12 75
ISSN 0722-8333