

## **Bericht**

**des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß)**

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.**  
**— Drucksache 12/3608 —**

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

**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**— Drucksachen 12/3209, 12/3365 —**

**Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der  
gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993)**

**zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**— Drucksachen 12/3210, 12/3364 —**

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches  
Sozialgesetzbuch**

**zu dem Antrag der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
**— Drucksache 12/3606 —**

**Vorlage eines neuen Gesundheits-Strukturgesetzes**

**zu dem Antrag der Fraktion der SPD  
— Drucksache 12/3226 —**

**Reform des Gesundheitswesens**

**zu dem Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen  
Krankenversicherung“  
— Drucksache 11/6380 —**

**zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung  
— Drucksache 12/1901 —**

**Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der  
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der  
Empfehlungen und Vorschläge der Konzentrierten Aktion zur Erhöhung der  
Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
(Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V)**

**zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung  
— Drucksache 12/2851 —**

**Bericht der Bundesregierung über die von der Selbstverwaltung der  
landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchgeführten  
Entlastungsmaßnahmen**

**Bericht der Abgeordneten Dr. Paul Hoffacker, Klaus Kirschner und  
Dr. Bruno Menzel**

**A. Allgemeiner Teil**

**I. Zum Beratungsverfahren**

- 1. Zum Gesetzentwurf der Fraktionen  
der CDU/CSU, SPD und F.D.P. und dem Antrag  
der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
— Drucksachen 12/3606 und 12/3608 —**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf  
sowie den Antrag in seiner 117. Sitzung am 5. Novem-  
ber 1992 dem Ausschuß für Gesundheit zur federfüh-

renden Beratung und dem Rechtsausschuß, dem Aus-  
schuß für Wirtschaft, dem Ausschuß für Arbeit und  
Sozialordnung, dem Ausschuß für Familie und Senio-  
ren, dem Ausschuß für Bildung und Wissenschaft  
sowie dem Haushaltsausschuß zur Mitberatung über-  
wiesen, letzterem auch gemäß § 96 der Geschäftsord-  
nung. Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung  
in seiner 44. Sitzung am 5. November 1992 aufgenom-  
men und in seiner 45., 46., 47., 48. und 49. Sitzung  
fortgesetzt und in seiner 50. Sitzung am 2. Dezember  
1992 abgeschlossen. Dabei hat er dem Gesetzentwurf  
in der Fassung der Beschlußempfehlung mit den  
Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/  
CSU, SPD und F.D.P. gegen die Stimme des Mitglieds

der Gruppe der PDS/Linke Liste bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

In der 45. Sitzung am Freitag, dem 6. November 1992, führte der Ausschuß eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durch. Gegenstand der Anhörung waren die Änderungen gegenüber den Gesetzentwürfen der Bundesregierung — Drucksachen 12/3209 und 12/3210. Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. nahm wesentliche Ergebnisse der Anhörungen zu den Gesetzentwürfen der Bundesregierung auf.

Bei der Anhörung am Freitag, dem 6. November 1992, wurden folgende Verbände angehört: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Verband der Angestelltenkrankenkassen, Bundesverband der privaten Krankenversicherer, Bundesversicherungsamt, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverband der Deutschen Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutsche Angestellten Gewerkschaft, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, Deutscher Beamtenbund und die Union der Leitenden Angestellten.

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Azzola, Dr. Buchleitner, Prof. Dr. Epsen, Dr. König, Prof. Dr. von Maydell, Prof. Dr. München, Prof. Dr. Quiring, Prof. em. Dr. Scheidler, Herr Schöler, Prof. Dr. Schwarz, Dr. Steffen, Dr. Weinholz und Dr. Willms.

Auf das stenographische Protokoll, die Bandabschrift sowie die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuß für Wirtschaft hat dem Gesetzentwurf in seiner 42. Sitzung am 11. November 1992 einstimmig zugestimmt. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat dem Gesetzentwurf in seiner 57. Sitzung am 11. November 1992 ebenfalls einstimmig zugestimmt und den Antrag der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei einer Enthaltung abgelehnt. Der Ausschuß für Familie und Senioren beschloß in seiner 32. Sitzung am 11. November 1992 mehrheitlich gegen die Stimme des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste bei Stimmenthaltung eines Mitglieds der Fraktion der CDU/CSU und bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dem Gesetzentwurf zuzustimmen. Der Ausschuß für Bildung und Wissenschaft hat den Gesetzentwurf in seiner Sitzung am 11. November 1992 beraten und dem federführenden Ausschuß einstimmig bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste empfohlen, Artikel 15 neu zu fassen. Dieser Änderungsvorschlag wurde vom federführenden Ausschuß aufgegriffen.

Der Haushaltsausschuß stimmte dem Gesetzentwurf einvernehmlich bei Abwesenheit der Mitglieder der Gruppe der PDS/Linke Liste und der Gruppe BÜND-

NIS 90/DIE GRÜNEN zu, und stellte unter dem Vorbehalt, daß der federführende Ausschuß keine Änderungen mit wesentlichen haushaltsmäßigen Auswirkungen annehme, die Vereinbarkeit mit der Haushaltslage des Bundes fest. Den Antrag der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnte der Haushaltsausschuß gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD bei Abwesenheit der Mitglieder der Gruppe der PDS/Linke Liste und der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ab. Der Haushaltsausschuß wird seinen Bericht gemäß § 96 der Geschäftsordnung gesondert erstatten.

Der Rechtsausschuß erhob in seiner Sitzung am 25. November 1992 einstimmig erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken insbesondere hinsichtlich Artikel 1 Nr. 1, 52, 53 und 54 wegen Artikel 12 Abs. 1 und Artikel 14 GG. Im übrigen gebe es keine rechtsförmigen Bedenken. Der Ausschuß für Gesundheit hat die Stellungnahme des Rechtsausschusses in seiner Sondersitzung am 2. Dezember 1992 intensiv mit dem Ergebnis beraten, sich den Bedenken des Rechtsausschusses nicht anzuschließen (vgl. die folgenden Ausführungen bei den entsprechenden Einzelvorschriften).

## 2. Zu den übrigen Vorlagen

Die Gesetzentwürfe der Bundesregierung — Drucksachen 12/3209 und 12/3210 — sowie den Antrag der Fraktion der SPD — Drucksache 12/3226 — hat der Deutsche Bundestag in seiner 105. Sitzung am 11. September 1992 an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Rechtsausschuß, den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuß für Bildung und Wissenschaft sowie den Haushaltsausschuß zur Mitberatung überwiesen, letzterem auch gemäß § 96 der Geschäftsordnung.

Der Ausschuß für Gesundheit hat seine Beratung unmittelbar nach der ersten Lesung am Freitag, dem 11. September 1992, in seiner 41. Sitzung aufgenommen und in der 42. Sitzung am Montag, dem 21. September 1992, fortgesetzt. In der 43., 44. und 45. Sitzung am 23., 24. und 25. September 1992 führte der Ausschuß drei ganztägige Anhörungen von Sachverständigen durch. Im Anschluß an die Anhörungen und als deren Ergebnis zeichnete sich ein Konsens zwischen den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. ab, der in die Formulierung und Einbringung des gemeinsamen Gesetzentwurfs — Drucksache 12/3608 — mündete. Der Ausschuß hat infolge der Beratung dieses Gesetzentwurfs die Beratung der Gesetzentwürfe der Bundesregierung wie auch des Antrags der Fraktion der SPD ausgesetzt und die Vorlagen in seiner 50. Sitzung am 2. Dezember 1992 schließlich für erledigt erklärt. Der Inhalt der Berichte auf den Drucksachen 11/6380, 12/1901 und 12/2851 ist in die Beratung eingeflossen. Insbesondere der Bericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ gab wesentliche Anstöße für die Formulierung des vorliegenden Gesetzentwurfs.

## II. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

An dem dringenden Handlungsbedarf im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Zweifel. Zum einen muß die defizitäre Entwicklung sofort gestoppt werden. Zum anderen geht es darum, Strukturmaßnahmen einzuleiten, die dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Perspektiven und Stabilität für die Zukunft geben und die Ausgabenentwicklung auch mittel- und längerfristig stabilisieren. Dazu enthält der Gesetzentwurf unter anderem die nachfolgend dargestellten Regelungen.

Im Krankenhaus sieht der Gesetzentwurf weitreichende strukturelle Änderungen und damit eine umfassende Krankenhausreform vor, deren Ziel es ist, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung grundlegend zu verbessern.

Der Gesetzentwurf sieht weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit 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.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung sieht der Gesetzentwurf weitergehende strukturverändernde Maßnahmen vor, die zu einer Ausgabendämpfung und wirtschaftlicheren Verordnungsweise beitragen werden.

Die gegenwärtigen Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung beeinträchtigen die Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber den Leistungsanbietern. Eine Modernisierung der Wettbewerbsordnung durch gleiche Wettbewerbsbedingungen und eine Stärkung der Eigenverantwortung der Selbstverwaltung und Geschäftsführung der Krankenkassen sind wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung der strukturellen Maßnahmen, die auf gesteigerte Qualitätssicherung, Effektivität und Effizienz in der medizinischen Versorgung ausgerichtet sind. Deshalb ist eine Organisationsreform 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 gesetzlichen Krankenversicherung angepaßt und grundlegend reformiert.

## III. Zu den Beratungen im Ausschuß

*Der Ausschuß bittet den Bundesminister für Gesundheit, die Umsetzung des Gesundheits-Strukturgesetzes sorgfältig zu beobachten. Sollte sich ergeben, daß vorgesehene Regelungen umgangen werden, wird sich der Ausschuß um eine schnelle gesetzliche Korrektur bemühen.*

### a) Allgemeine Vorschriften des SGB V

In diesem Bereich stand die Frage der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentner im Vordergrund der Beratungen (Artikel 1 Nr. 1).

Im Kern sei von einigen Sachverständigen in der Anhörung am 6. November 1992 ausgeführt worden, daß sich die heutigen Rentner hinsichtlich ihrer Alterseinkünfte darauf eingerichtet hätten, daß sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nur mit einem niedrigeren Beitrag zu rechnen hätten. Diese hätten die Frage aufgeworfen, ob eine Änderung einen Eingriff darstelle, der eigentumsähnliche Rechte berühre.

Der Ausschuß hat sich mit dem Votum des Rechtsausschusses eingehend befaßt. Er teilte dessen verfassungsrechtliche Bedenken nicht und schloß sich im wesentlichen der Argumentation an, daß eine Unterscheidung zwischen freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verfassungsrechtlich möglich sei. Insofern hätten sich auch Sachverständige in der Anhörung geäußert. Die freiwillig Versicherten würden in Zukunft als Gruppe unabhängig von der Zeit, die sie in der gesetzlichen Krankenversicherung verbracht hätten, gleichbehandelt.

Der Kreis der freiwillig Versicherten sei dadurch privilegiert, daß der Grundsatz der Beitragsbemessung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, das heißt der Orientierung des Beitrags an allen Einnahmen, die zum Lebensunterhalt zur Verfügung ständen, im Ruhestand nicht voll umgesetzt werde. Der Beitrag orientiere sich bisher vielmehr nur an den gesetzlichen Renten und daneben an den Betriebsrenten und Pensionen. Die Einkünfte bei Rentenbeziehen aus Vermögen und anderen Quellen blieben außer Betracht. Die Rücknahme dieses Privilegs stelle keine Verletzung der Grundrechte dar.

Die vorgesehene Beitragsbelastung freiwillig Versicherter, die sich an ihrer finanziellen Leistungskraft orientiere, verletze ein verfassungsrechtlich geschütztes Vertrauen in die unveränderte Beibehaltung begünstigender rechtlicher Regelungen nicht. Die Vorschrift greife insbesondere nicht rückwirkend in verfassungsrechtlich geschützte Rechtspositionen ein. Das Gesundheits-Strukturgesetz ändere lediglich mit Wirkung für die Zukunft die beitragsrechtliche Verpflichtung derjenigen Versicherten, die als bislang freiwillig Versicherte nach Inkrafttreten des Gesetzes in den Ruhestand treten. Der Ausschuß hatte insoweit bereits unabhängig von dem Votum des Rechtsausschusses entschieden, daß es für diejenigen Versi-

cherten, die bereits am 31. Dezember 1992 in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, beim bisherigen Beitragsrecht bleiben solle.

Die Rechtsänderung für die Zukunft ist verfassungsrechtlich zulässig. Das Bundesverfassungsgericht habe wiederholt bekräftigt, daß dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zustehe, wenn er für die Zukunft Sozialrechtsverhältnisse regele. Dies gelte auch im vorliegenden Falle. Freiwillig Versicherte würden bereits nach geltendem Recht im Vergleich zu Pflichtversicherten weithin unterschiedlich behandelt. So würden schon heute freiwillig Versicherte während ihres Erwerbslebens zur Beitragsleistung nach ihrer vollen finanziellen Leistungskraft herangezogen, während sich die Beitragsleistung der Pflichtversicherten vor allem nach dem Arbeitsentgelt bemesse. Das Gesetz führe diese unterschiedliche Regelung über den Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand hinaus fort. Der Ausschuß hält eine derartige Unterscheidung für sozialpolitisch gerechtfertigt. Es gehe nicht an, daß pflichtversicherte Arbeiter und Angestellte mit ihren Beiträgen finanziell besser gestellt als freiwillig Versicherte im Ruhestand subventionierten.

Im übrigen gebe es bereits nach geltendem Recht drei Gruppen von früher freiwillig Versicherten, die im Ruhestand volle Beiträge aus sonstigen Einnahmen zahlen müssen. Dabei handele es sich um Personen, die entweder die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner nicht erfüllen oder diese zwar erfüllen würden, aber keine Rente, sondern Versorgungsbezüge erhalten oder weder Renten noch Versorgungsbezüge haben. Mit der Neuordnung würden nun alle früher freiwillig Versicherten auch im Ruhestand beitragsrechtlich gleichgestellt.

#### *b) Leistungen der Krankenversicherung*

##### *aa) Gemeinsame Vorschriften*

(Artikel 1 Nr. 4) Der Ausschuß stellte fest, daß die Ergänzung durch § 12 Abs. 3 die Verantwortung des Geschäftsführers regele, der Leistungen erstatten lasse, die nach geltendem Recht nicht erstattungsfähig seien. Es gehe vornehmlich darum, möglichen Mißbrauch auszuschließen.

Zu der psychotherapeutischen Behandlung wurde ausgeführt, daß in einigen Fällen das vorgesehene Delegationsverfahren umgangen worden sei. Hier bestehe die Möglichkeit, daß die Krankenkassen die Versicherten darauf hinweisen könnten, das ordnungsgemäße Verfahren einzuleiten.

Nach Auffassung des Ausschusses sei an die Entscheidungsbefugnis der Geschäftsführer anzuknüpfen. Bei den bundesweit operierenden Krankenkassen gebe es auf Bezirks- und Landesebene Geschäftsführer. Es seien nicht die Leiter kleinerer Außenstellen gemeint.

#### *bb) Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten*

(Artikel 1 Nr. 8) Einmütig begrüßte der Ausschuß die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen durch Zuschüsse unterstützen zu können. Durch einen Änderungsantrag wurde klargestellt, daß nur Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung gefördert werden können.

(Artikel 1 Nr. 9 und 10) Mit Befriedigung stellte der Ausschuß fest, daß die Individual- und Gruppenprophylaxe verbessert werde. Einen Anspruch auf Individualprophylaxe habe künftig jeder Versicherte zwischen dem 6. und 20. Lebensjahr. Der Erfolg der Gruppenprophylaxe hänge wesentlich von regelmäßigen Untersuchungen und deren Durchführung in allen Bundesländern ab. Deshalb hielt der Ausschuß eine Erweiterung der Länderkompetenzen für den Fall für sinnvoll, daß die Beteiligten rechtzeitig gemeinsame Rahmenvereinbarungen treffen. Weiter war der Ausschuß der Ansicht, daß eine angemessene Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung geboten sei, da sowohl gesetzlich wie privat versicherte Kinder gleichermaßen an den Maßnahmen teilnehmen und von ihnen profitieren.

#### *cc) Krankenbehandlung*

(Artikel 1 Nr. 15) Der Ausschuß erörterte die Frage, ob es sinnvoll sei, daß eine chirurgische Maßnahme Voraussetzung für eine kieferorthopädische Maßnahme sei und ob dadurch nicht erforderliche chirurgische Maßnahmen geradezu erzwungen würden. Mit dem Hinweis auf die Aufzählung der Maßnahmen in der Begründung kam der Ausschuß zu dem Schluß, daß diese eine ausreichende Klarstellung enthalte.

(Artikel 1 Nr. 16) Bei der Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung plädierte das Mitglied der Gruppe der PDS/Linke Liste dafür, auf eine Vorauszahlung durch die Eltern zu verzichten. Dem hielt die Mehrheit entgegen, daß diese nach erfolgreichem Abschluß der Behandlung erstattet würden und auf den erzieherischen Effekt nicht verzichtet werden sollte.

Eingehend beschäftigte sich der Ausschuß mit den Fällen, in denen die Eltern aus finanziellen Gründen nicht in der Lage seien, die Vorauszahlung an den Zahnarzt zu leisten. Diese solle keinesfalls zu Lasten der Kinder gehen, indem die Behandlung abgebrochen werde. In diesen Ausnahmefällen sollen sich Zahnarzt und Krankenkasse verständigen, bis zum Abschluß der Behandlung diesen vorläufigen Eigenanteil zu stunden.

(Artikel 1 Nr. 17) Hier wurde die Frage der Beibehaltung der Mehrkostenregelung intensiv diskutiert. Die bisherige Mehrkostenregelung bleibe grundsätzlich erhalten. Ausgenommen hiervon bleibe nur die Versorgung mit großen Brücken. Die Krankenkasse dürfe in diesen Fällen auch nicht die Kosten in Höhe einer alternativen Versorgung, zum Beispiel einer Teilprothese übernehmen. Der Ausschuß war einhellig der

Auffassung, daß eine alternative Versorgungsform nur dann nicht bezuschußt werden könne, wenn sich der Versicherte für eine große Brücke zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen im Frontzahnbereich oder mehr als drei fehlenden Zähnen im Seitenzahnbereich entscheidet.

(Artikel 1 Nr. 18) Der Ausschuß stellte fest, daß die Größenordnungen der Packungen durch eine Rechtsverordnung definiert würden. Ein Antrag des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste, die Zuzahlung für Arzneimittel in den neuen Bundesländern jeweils um 1 DM zu vermindern, fand keine Mehrheit. Eine Verlängerung der Übergangsfrist des Inkrafttretens der packungsgrößenbezogenen Zuzahlung wurde im Ausschuß erörtert, ohne Zustimmung zu finden.

(Artikel 1 Nr. 22) Hier stand die Erleichterung der Gruppenbildung für Festbeträge sowie der Zusammenhang zwischen Patentschutz und Festbetragsregelung im Mittelpunkt. Durch die Streichung des Wortes „pharmakologisch“ solle das Verfahren zu einer erweiterten Festsetzung von Festbeträgen geöffnet werden.

Durch den angenommenen Änderungsantrag solle erreicht werden, daß die patentgeschützten Arzneimittel einer Wirkstoffgruppe so lange von der Festbetragsregelung ausgenommen werden, wie der erste Wirkstoff dieser Gruppe unter Patentschutz steht.

#### *c) Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern*

##### *aa) Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten*

(Artikel 1 Nr. 33) Der Ausschuß begrüßte die Neugliederung in haus- und fachärztliche Versorgung. Er erörterte die Frage, ob ein zeitliches Hinausschieben sinnvoll erscheine. Einvernehmlich wurde die Jahreszahl „1994“ durch die Jahreszahl „1995“ ersetzt. Weiter wurde die Möglichkeit von Ausnahmen bei Versorgungsengpässen für nötig gehalten.

Beispielsweise könne es in ländlichen Versorgungsbereichen, in denen sich unter Umständen eine zu große Zahl von Internisten für den hausärztlichen Bereich entscheide, zu Versorgungsengpässen im internistischen Bereich kommen. Dann könne im Einzelfall die Genehmigung erteilt werden, daß ein grundsätzlich auf hausärztliche Tätigkeit ausgerichteter Arzt auch internistisch als Facharzt weiterhin tätig sein könne.

(Artikel 1 Nr. 35) Der Ausschuß stellte fest, daß diese Regelung in erster Linie die Vorgänge betreffe, die zur Gefährdung der Sicherstellung in der zahnärztlichen Versorgung führen könnten. Grundsätzlich liege der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Wenn mehr als die Hälfte aller Zahnärzte ihre Zulassung zurückgäben, falle der Sicherstellungsauftrag insoweit an die Krankenkasse. Diese könne dann unter anderem entsprechende eigene Einrichtungen schaffen. Der Sicherstellungsauftrag falle wieder in vollem Umfang an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zurück, wenn diese die zahnärztliche Versorgung ordnungsgemäß sicherstelle.

Wenn nach Ablauf von sechs Jahren kollektiv ausgetretene Zahnärzte erneut ihre Zulassung beantragten, dann hänge die Zulassung davon ab, ob die Versorgung durch inzwischen neu zugelassene Zahnärzte schon gesichert sei.

(Artikel 1 Nr. 38) Zur Frage, ob die Vergütungsverhandlungen von allen Krankenkassenarten einheitlich und gemeinsam oder getrennt nach Kassenarten geführt werden sollten, fand ein intensiver Meinungsaustausch statt.

##### *bb) Verträge auf Landesebene*

(Artikel 1 Nr. 40) Der Ausschuß diskutierte darüber, ob das Wort „indikationsbezogen“ gestrichen werden sollte oder ob die Worte „soweit, wie möglich“ hinzugefügt werden sollten. Es wurde beschlossen, eine Klarstellung dahin gehend vorzunehmen, daß die Richtgrößen für Arzneimittel auf Indikationsgebiete oder Stoffgruppen zu beziehen seien.

(Artikel 1 Nr. 41) Der Ausschuß erörtert die Frage, ob die Anrechnung der Ausbildungsassistenten mit 15 v. H. ausreichend sei, um einen betriebswirtschaftlichen Anreiz für deren Beschäftigung zu schaffen. Darüber hinaus wurde diskutiert, ob bei den Zahnärzten in den neuen Bundesländern der Schwellenwert für das Einsetzen des degressiven Punktwertes vorübergehend höher angelegt werden sollte.

Hinsichtlich der Ausbildungsassistenten wurde darauf hingewiesen, daß während der Ausbildung an der Universität viel praktische Erfahrung gesammelt werde. Es gehe in der Assistentenzeit vornehmlich darum, die Gepflogenheiten einer Praxis zu erlernen. Angesichts der Vergütungen von 4 000 bis 6 000 DM monatlich erscheine es als unwahrscheinlich, daß Ausbildungsassistenten in großer Zahl eingestellt würden. Deshalb hielt es der Ausschuß für gerechtfertigt, die Anrechnung von 15 v. H. auf 25 v. H. anzuheben.

Bei der zahnärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern bestehe noch ein deutlicher Nachholbedarf. Dazu komme, daß in den neuen Bundesländern der Punktwert niedriger sei und es bedeutend weniger Privatpatienten gebe. Diese Benachteiligung soll durch das vom Ausschuß beschlossene Aussetzen der ersten Degressionsstufe im Jahre 1993 aufgehoben werden.

Der Vorschlag, für alle Berufsanfänger für die ersten Jahre eine höhere Schwelle einzusetzen, fand keine Zustimmung. Es bestand Einvernehmen darüber, daß bei den Leistungen von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, der degressive Punktwert nicht anzuwenden sei. Der Vorschlag einer Ausnahme der Kieferorthopäden von der Degression wegen ihres im Vergleich zu den Zahnärzten im Durchschnitt höheren Punktevolumens fand keine Zustimmung.

(Artikel 1 Nr. 42) Der Ausschuß erörterte die Frage der Arzneimittelsubstitution bei wirkstoffgleichen, preisgünstigeren Präparaten.

*cc) Schiedswesen*

(Artikel 1 Nr. 44) Im Ausschuß wurden Bedenken gegen ein gemeinsames Schiedsamt geltend gemacht. Dabei wurde befürchtet, daß die betroffenen Verbände sich gegenseitig aufgrund einer entsprechenden Besetzung majorisieren könnten. Deshalb beschloß der Ausschuß, eine nach Kassenarten unterschiedliche Besetzung in den Fällen zuzulassen, in denen eine vertragliche Regelung nur eine Kasse betreffe.

*dd) Landesausschüsse und Bundesausschüsse*

(hier: Arzneimittelinstitut)

(Artikel 1 Nr. 46) Der Ausschuß befaßte sich intensiv mit der Frage der Behandlung neu zugelassener Arzneimittel und deren Verordnungsfähigkeit. Hier wurde zunächst vorgeschlagen, daß neu zugelassene Arzneimittel automatisch verordnungsfähig sein sollten, da aus medizinischer Sicht eine verzögerte Anerkennung der Verordnungsfähigkeit nicht vertretbar sei.

Es wurde ein Konsens dahin gehend gefunden, daß die neu zugelassenen Arzneimittel in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen werden, wenn das Institut nicht innerhalb von drei Monaten über die Aufnahme entscheide.

Der Ausschuß stellte fest, daß Verzögerungen und Fristüberschreitungen nicht zu Lasten des Herstellers gehen sollten. Eine enge Begleitung des Zulassungsprozesses beim Bundesgesundheitsamt durch das Arzneimittelinstitut der Krankenkassen solle gewährleisten, daß letzteres eine schnelle Entscheidung treffen könne. Wenn mit einem Arzneimittel ein großer innovativer Durchbruch beispielsweise bei AIDS, Krebs oder Rheuma verbunden sei, geht der Ausschuß davon aus, daß möglichst unmittelbar nach der Zulassung eine Entscheidung des Instituts getroffen werde.

Der Ausschuß diskutierte die Frage der Einbeziehung der registrierten Arzneimittel, z. B. Homöopathika. Einhellige Meinung war es, den Besonderheiten der phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Therapierichtungen Rechnung zu tragen. Durch den angenommenen Änderungsantrag werde sichergestellt, daß registrierte Homöopathika, soweit sie stofflich positiv monographierten Stoffen oder Stoffkombinationen entsprechen, berücksichtigt werden. Damit finde keine Einschränkung der Verordnungsfähigkeit der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen gegenüber dem bisher geltenden Recht statt.

*ee) Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung*

(Artikel 1 Nr. 52 bis 54) Der Ausschuß erörterte die Frage, inwieweit der Vertragsarzt bei der Ermittlung der Überversorgung mit dem gleichen Faktor angesetzt werden könne wie der angestellte Arzt. Es wurde

darauf hingewiesen, daß der Vertragsarzt deutlich mehr als 40 Stunden pro Woche tätig sei, während ein angestellter Arzt eine geringere Wochenstundenzahl erbringe. Auf eine Änderung hat sich der Ausschuß nicht verständigen können.

Die Regelungen zum Abbau der Überversorgungen, zur Bedarfszulassung und zur Nachbesetzung frei werdender Kassenarztsitze sind nach Auffassung des Ausschusses verfassungskonform. Die Bedenken des Rechtsausschusses wurden einstimmig zurückgewiesen. In die Freiheit von Berufswahl und Berufsausübung angehender Ärzte sowie in Eigentumsrechte zugelassener Ärzte werde nicht in verfassungswidriger Weise eingegriffen. Zwar seien die beiden Grundrechte berührt. Der Ausschuß sei jedoch nach eingehender Prüfung ausweislich der eingehenden und umfassenden Begründungen der fraglichen Vorschriften sowie nach der Anhörung von Sachverständigen auch unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 11 S. 30ff. vom 23. März 1960) zu der Überzeugung gelangt, daß die Regelungen den vom Bundesverfassungsgericht gestellten Anforderungen entsprächen. Sie seien erforderlich, geeignet und unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch für die Betroffenen zumutbar.

Alternativen, die mit steigenden Arztzahlen überproportional steigenden Kosten der von den zugelassenen Ärzten veranlaßten und verordneten Leistungen in den Griff zu bekommen, gebe es nicht. Insbesondere sei es verfassungsrechtlich nicht möglich, angehenden Medizinern aus Bedarfsgründen bereits den Zugang zum Studium zu versperren. Eine solche Maßnahme würde sich ungleich belastender auswirken als die im Gesetz vorgesehenen Regelungen. Zudem bewirkten die §§ 101 und 103 lediglich eine bessere regionale Verteilung der zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Ärzte. Sie knüpften damit an die Regelungen des geltenden Rechts an. Bis zum Jahre 1998 könnten sich alle Ärzte, die sich heute noch in der klinischen Ausbildung befänden, niederlassen. Lediglich die Ortswahl sei eingeschränkt. Die Definition einer Überversorgung mit 110 v. H. wurde in der Annahme getroffen, daß bis 1998 jeder Arzt, der die Zulassungsvoraussetzungen voll erfüllt, noch eine Kassenzulassung erhalten könne.

Die Ankündigung der Bedarfszulassung ab dem Jahre 1999 sei im Interesse einer vorausschauenden Studien- und Bedarfsplanung zweckmäßig. Rechtliche Wirkungen entfalte erst ein weiteres, konkretisierendes Bundesgesetz.

Auch gegen § 103 Abs. 4 SGB V in der Fassung des Gesetzes ergäben sich keine durchgreifenden Bedenken. Die Vorschrift regle die Wiederbesetzung von Kassenarztsitzen in gesperrten Planungsregionen. Sie trage damit hinreichend den verfassungsrechtlichen Voraussetzungen zur Konkretisierung des sozialpflichtigen Eigentums Rechnung. Trotz Überversorgung in einem bestimmten Gebiet ermögliche es die Vorschrift, eine Kassenpraxis zum Verkehrswert zu veräußern. Es müsse aber berücksichtigt werden, daß das Eigentum an einer Kassenarztpraxis maßgeblich von der öffentlich-rechtlichen Zulassung geprägt werde. Der Gesetzgeber sei nicht gehalten, wertstei-

gernde oder wertbegründende Entscheidungen des Staates dem Inhaber des Eigentumsrechtes als eigenes Verdienst zuzurechnen.

Diese Regelung stelle eine Abwägung zwischen dem Eigentumsrecht des niedergelassenen Arztes und seiner Erben vor dem Hintergrund eines gesperrten Bezirks dar. Bis 1998 habe man sich dafür entschieden, daß der Eigentumsaspekt trotz Sperrung zu berücksichtigen sei. Dies werde dadurch deutlich, daß der Verkehrswert bei der Vergabe berücksichtigt werde.

*ff) Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen*

(Artikel 1 Nr. 58) Hier wurde dem Vorschlag nicht gefolgt, das Wort „unverzichtbar“ durch das Wort „bedarfsnotwendig“ zu ersetzen, um zu vermeiden, daß von der Landesregierung der Standpunkt eingenommen werde, das Krankenhaus sei unverzichtbar, weil es im Krankenhausplan enthalten sei.

(Artikel 1 Nr. 59) Der Ausschuß stellte fest, daß bei der Erfüllung der Kriterien bedarfsgerecht, leistungsgerecht und wirtschaftlich die Formulierung in der Begründung, daß ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nicht bestehe, mißverständlich sei. Die Kriterien müßten erfüllt sein, andernfalls könne abgelehnt werden. Bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren Einrichtungen, die jeweils die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsvertrages erfüllen, sei entscheidend, welche Einrichtung den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten am besten gerecht werde. Insoweit besitzen die Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung einen Anspruch auf fehlerfreie Ermessensausübung.

*gg) Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten*

(Artikel 1 Nr. 63 und Artikel 17a) Der Ausschuß erörterte die Frage, ob die Arzneimittelabgabe bei der vor- und nachstationären Behandlung und bei ambulanten Operationen im Krankenhaus durch die Krankenhausapotheke oder eine niedergelassene Apotheke erfolgen solle. Der Ausschuß vertrat unter Hinweis auf § 39 (neue Fassung) SGB V die Auffassung, daß die Arzneimittelabgabe durch die Krankenhausapotheke erfolgen solle.

Er stellte fest, daß bei Pauschalvergütungen für die vor- und nachstationäre Behandlung die Arzneimittelabgabe mitabgegolten sei. Die Kosten für Medikamente bei ambulanten Operationen werden wie die Vergütung für die Operations- bzw. Anästhesieleistung per Erlösabzugsverfahren mit den Krankenhausbudgets verrechnet und belasten nicht das Arzneimittelbudget der niedergelassenen Ärzte.

*Bei Vereinbarungen über die Qualitätssicherung sind die Ärztekammern zu beteiligen.*

*hh) Beziehungen zu sonstigen Leistungsträgern*

(Artikel 1 Nr. 67 a) Beim Ausgleich der ungebremsen Ausgabenentwicklung bei Krankentransporten hielt es der Ausschuß für nötig, auch diesen Bereich in die Grundlohnanbindung für die Jahre 1993 bis 1995 einzubeziehen. Diese Grundlohnanbindung habe auch für Vergütungen zu gelten, die nach landesrechtlichen Vorschriften zustande kommen.

*ii) Sicherung der Qualität der Leistungserbringung*

(Artikel 1 Nr. 68) Der Ausschuß war einvernehmlich der Meinung, daß die Zahntechniker bei der Festlegung von Qualitätskriterien mitwirken sollen. Bei dem angenommenen Änderungsantrag wurde ausdrücklich der Plural gewählt, um zu vermeiden, daß der Eindruck entstehen könnte, daß der Bundesinventionsverband nur einmal gefragt werde und dies damit sein Bewenden habe.

*d) Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*

(Artikel 1 Nr. 72) Einhellig vertrat der Ausschuß die Meinung, daß der Kreis der Teilnehmer in der Konzertierte Aktion erweitert werden sollte. Deshalb wurde eine entsprechende Änderung angenommen.

*e) Organisation der Krankenkassen*

(Artikel 1 Nr. 75) Der Ausschuß geht davon aus, daß der Ordnungsgeber nicht zwingend an Entscheidungen Dritter gebunden werden dürfe und daß der Landesregierung bei der durch Rechtsverordnung vorzunehmenden Kassenvereinigung ein Ermessen zukomme, welche Kasse sie in das Vereinigungsverfahren einbeziehe.

(Artikel 1 Nr. 99) Der Ausschuß geht davon aus, daß bei der Ausübung des Wahlrechts (§ 175 Abs. 3 SGB V) die zur Meldung verpflichtete Stelle das wahlberechtigte Mitglied schriftlich zur Ausübung des Wahlrechts auffordert.

(Artikel 1 Nr. 105) Die Änderung stellt klar, daß alle Entscheidungen, die nicht von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankenkasse sind, dem Vorstand obliegen. Bei den Entscheidungen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind, handelt es sich um Leitentscheidungen. Die Ausgestaltungen im Konkreten obliegen dem Vorstand. Der Verwaltungsrat darf nicht die Aufgaben des Vorstandes wahrnehmen.

*f) Beitragspflichtige Einnahmen der freiwilligen Mitglieder*

(Artikel 1 Nr. 120) Der Ausschuß war der Auffassung, daß neuere Entscheidungen des Bundessozialgerichts den Gesetzgeber zum Handeln zwingen. Vielfach



hätten Selbständige den Mindestbeitrag gezahlt, der sich je nach Kasse auf 120 bis 150 DM je Monat belaufen habe. Für diese Gruppe werde ein Mindestbeitrag vorgesehen werden, der sich an 75 v. H. der monatlichen Bezugsgröße bemißt.

#### g) *Finanzausgleiche*

(Artikel 1 Nr. 126) Bei diesem Themenbereich wurde im Ausschuß erörtert, ob der Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung der Rentner und der allgemeinen Krankenversicherung zum gleichen Zeitpunkt in 1994 oder 1995 beginnen könne. Ebenso ist diskutiert worden, den gesamtdeutschen Ausgleich möglichst schnell einzuführen. Der Ausschuß kam überein, die Angleichung beim Risikostrukturausgleich schon dann vorzusehen, wenn die Bezugsgröße Ost 90 v. H. der Bezugsgröße West erreicht habe. Der Ausschuß war sich darüber einig, daß der Risikostrukturausgleich nur mit den vier in § 266 genannten Faktoren durchzuführen sei.

#### h) *Überleitungsregelungen für die neuen Bundesländer*

(Artikel 1 Nr. 149) Die Frage der kirchlichen Fachambulanzen und der Polikliniken wurde im Ausschuß eingehend diskutiert.

Es wurde argumentiert, daß diese Fachambulanzen in der ehemaligen DDR vom staatlichen Dispensaire-Auftrag ausgenommen worden seien. Nur die staatlichen Ambulanzen hätten diesen Auftrag erhalten. Dadurch sei den kirchlichen Ambulanzen ein erheblicher Nachteil erwachsen, der durch die neuen Regelungen des Gesetzes nicht fortgeschrieben werden dürfe.

Es wurde darauf verwiesen, daß nach dem geltenden Recht die Polikliniken bis Ende 1995 die Möglichkeit hätten, ihre Tätigkeit kraft Gesetzes ohne besondere Ermächtigung fortzusetzen. Der Ausschuß beschloß daher, daß dies auch für die kirchlichen Fachambulanzen gelten müsse.

Wenn ab 1996 für eine Versorgung durch kirchliche Fachambulanzen Bedarf bestehe, so habe das wie bei allen anderen Ambulanzen auch mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung zu geschehen. Der Ausschuß war sich darüber einig, daß ambulante Operationen nach § 115 b und Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a aufgrund einer Verordnung von Krankenhauspflege gemäß § 39 SGB V leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet seien und deswegen nicht aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung abgerechnet werden dürften.

Der Ausschuß nahm schließlich nach intensiver Diskussion einen Antrag an, nach dem gesichert sei, daß in dem Falle, daß durch das Ausscheiden eines Arztes aus einer Poliklinik der Bestand vom 1. Oktober 1992 unterschritten werde, dann ähnlich wie bei der Veräußerung einer Kassenarztpraxis eines niedergelassenen Arztes bis 1. Januar 1999 trotz Überversorgung

eine Wiederbesetzung erfolgen könne, um den originalen Bestand vom 1. Oktober 1992 bis 1. Januar 1999 zu sichern.

Zu den ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen im Sinne dieses Gesetzes zählen auch jene Einrichtungen, die nach Umstrukturierung bzw. Trägerwechsel im Rahmen einer Dachorganisation administrativ und wirtschaftlich zentral geleitet werden; dabei müssen innerorganisatorisch die medizinischen Sachfragen durch eine ärztlich herausgehobene Vertretung geregelt werden.

Der Ausschuß hob die gesundheitspolitische Bedeutung präventiver Maßnahmen hervor. Diesen müsse ein höherer Stellenwert im Gesundheitswesen zukommen. Deshalb nahm der Ausschuß einen Änderungsantrag an, mit dem die Grundlohnanbindung für die in § 85 Abs. 3 a SGB V genannten Leistungen aufgehoben wird.

#### i) *DO-Angestellte*

Der Ausschuß war der Auffassung, daß die Schließung des Dienstordnungssystems innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung Folgeregeln zu bestimmten Sachfragen erforderlich mache, die mit dem Übergang allein auf privatrechtliche Dienstverhältnisse verbunden seien. Die erforderlichen Folgeregeln sollten möglichst bald als Rahmenvorschriften nach Artikel 75 Nr. 1 GG in Abstimmung mit den Innen- und Sozialressorts von Bund und Ländern im Anschluß an den Erlaß des Gesundheits-Strukturgesetzes getroffen werden. Dabei werde es nicht nur um die Festschreibung des Besitzstandes der DO-Angestellten gehen. Vielmehr solle entsprechend der gesetzlichen Regelung im Gesundheits-Strukturgesetz klargestellt werden, daß zwar Neubegründungen von DO-Rechtsverhältnissen ausgeschlossen seien, dagegen aber das gesamte DO-Recht einschließlich der Regelungen zum Status, zu den Laufbahnochancen und den Vergütungen der bisherigen DO-Bediensteten erhalten bleibe.

#### j) *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte*

Der Ausschuß erörtert eingehend, warum die Vorschriften des § 16 c mit ihrer vorrangigen Berücksichtigung von Kindern und Ehegatten bei der Zulassung in das neue Recht nicht übernommen worden seien. Das in der Anhörung vorgebrachte Argument der vorrangigen Berücksichtigung von Kindern und Ehegatten wurde ausführlich diskutiert. Der Ausschuß kam zu der Auffassung, daß bei der Güterabwägung zwischen Eigentumsrecht und Berufsfreiheit dem Eigentumsrecht kein alleiniger Vorrang eingeräumt werden könne. Die Frage der Berufsausübungsmöglichkeit spiele eine ebenso gewichtige Rolle.

Natürlich könne ein Arzt seine Praxis seinem Sohn, seiner Tochter oder seinem Ehegatten überlassen. Wenn damit allerdings die Kassenzulassung verbunden sei, dann müsse eine Güterabwägung stattfinden.

Der Wert der Praxis müsse vom Bewerber ausgeglichen werden. Wenn in einem gesperrten Gebiet der Höchstbietende eine Kassenzulassung bekäme, so wäre dies verfassungsrechtlich nicht zulässig. Wenn andererseits jemand den Verkehrswert anbiete und jemand anderes nur die Hälfte, dann sei das Eigentumsrecht zu berücksichtigen. Bei denjenigen, die den Verkehrswert bezahlen wollen, müsse eine Güterabwägung stattfinden.

Die Patientenkartei stelle einen bedeutenden Teil des Wertes einer Praxis dar. Deren Übergabe könne nur mit Einwilligung der Patienten geschehen. Es gebe Möglichkeiten, den Verkehrswert einer Praxis zu schätzen, wie das ansonsten im Wirtschaftsleben auch der Fall sei. Es sei richtig, für den Verkehrswert einen Maßstab anzulegen, der sich auf die Übergabe einer Praxis in einem nicht gesperrten Gebiet beziehe. Immaterielle Werte, die durch die Tatsache, daß die Praxis in einem gesperrten Gebiet liege, entstehen, dürften nicht berücksichtigt werden. Dies sei in der Neuregelung berücksichtigt.

#### *k) Krankenhausfinanzierungsgesetz*

(Artikel 11 Nr. 7) Der Ausschuß stellte fest, daß die Krankenhäuser, die schon jetzt Sonderentgelte und als Modell nach § 21 BPflV Fallpauschalen anwenden, hinsichtlich der Preise unter die Grundlohnbegrenzung fallen sollen. Ausgenommen von der Budgetierung seien nur die Fallzahlen. Bei den Sonderentgelten handle es sich zum Beispiel auch um Transplantationen, deren Zahl nicht von den Krankenhäusern, sondern von der Zahl der Spenderorgane abhängt. Im übrigen solle die Regelung dazu dienen, in den nächsten Jahren Erfahrungen über Fallzahlentwicklungen bei pauschalierten Entgelten zu sammeln.

Bei der Frage des Ausgleichs von Steigerungen des Bundes-Angestelltentarifvertrages, die über den Steigerungen der Grundlohnsumme liegen, gab es eine ausführliche Diskussion hinsichtlich der Anrechnung struktureller Verbesserungen. Zum einen wurde auf die in den vergangenen Jahren erfolgten erheblichen strukturellen Verbesserungen hingewiesen. Deshalb sei in den nächsten drei Jahren kaum mit weiteren strukturellen Verbesserungen zu rechnen. Infolgedessen solle deren Anrechnung nicht möglich sein, da dies einer Aufforderung an die Tarifpartner gleichkommen könne, zu Lasten der Versicherten strukturelle Verbesserungen zu vereinbaren. Dem wurde entgegengehalten, daß nach wie vor der Stellenwert der Pflegeberufe zu verbessern sei, wozu auch noch weitere strukturelle Verbesserungen gehörten. Die Erfahrung der Vergangenheit zeige darüber hinaus, daß es nicht einfach sei, strukturelle Verbesserungen zu vereinbaren. Der Ausschuß stimmte schließlich einem Änderungsantrag zu, der einen Ausgleich auch für strukturelle Auswirkungen von BAT-Steigerungen zuläßt.

Der Ausschuß stellte außerdem fest, daß der Ausgleich der BAT-Steigerungen auch für Krankenhäuser, die

den BAT nicht anwenden, gelte. Die Ausgleichsrechnung werde in diesen Fällen pauschaliert anhand der BAT-Steigerung vorgenommen.

Eingehend wurde die Frage erörtert, ob es neben den Fallpauschalen auch noch einen Basispflegesatz geben könne. Einhellige Meinung war es, daß die Fallpauschale ein Komplettpreis sei, der alle Kosten einschließe und unabhängig von der tatsächlichen Liegezeit und den tatsächlich anfallenden Kosten zu berechnen sei. Im übrigen solle aber für die nichtmedizinischen Kosten (Vorhaltekosten) ein Basispflegesatz abgerechnet werden, der nur bei Fallpauschalen entfalle.

In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, daß die Anwendung von Fallpauschalen nicht dazu führen dürfe, daß einzelne Krankenhäuser aus betriebswirtschaftlichen Gründen eine Patientenselektion betrieben, wenn ihre betriebswirtschaftlich zuzurechnenden Kosten durch die Fallpauschale nicht abgedeckt würden. Dies führe sonst im Extremfall dazu, daß teilweise bestimmte Krankenhausleistungen nicht mehr angeboten würden, was dann zu Unterversorgung führen könnte. Dem wurde entgegengehalten, daß in diesem Falle aus Gründen der ausreichenden regionalen Versorgung Zu- und Abschläge auf die Fallpauschale möglich seien, die sicherstellten, daß der Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfüllbar sei. Insofern bestehe nicht die Gefahr von Versorgungslücken. Durch die neuen Regelungen müsse sichergestellt werden, daß die Krankenhäuser kostengünstig arbeiten. Wenn ein Krankenhaus eine Operation mit einer bestimmten Fallpauschale nicht erbringen könne, sei diese Leistung in der Regel in einem anderen Krankenhaus möglich.

Eine Kombination von Fallpauschale und Basispflegesatz würde der verfolgten Intention widersprechen. Der Ausschuß nahm schließlich einen Änderungsantrag an, nach dem in § 17 Abs. 2a diese Grundsätze klargestellt werden. Die Einzelheiten müssen in der Bundespflegesatz-Verordnung geregelt werden.

#### *l) Investiver Nachholbedarf in den neuen Bundesländern*

(Artikel 13a) Der Ausschuß begrüßt einhellig die vorgesehene finanzielle Beteiligung des Bundes an den Krankenhausfinanzierungsprogrammen in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin. Der Abbau des vordringlichsten Nachholbedarfs in den neuen Ländern und die schrittweise Anpassung an das Niveau in den alten Bundesländern ist nunmehr gesichert. Die Zahlungen des Bundes und der Krankenkassen für das gemeinsam mit den Ländern finanzierte Krankenhausinvestitionsprogramm beginnen zwar erst 1995. Es besteht aber Einigkeit im Ausschuß darüber, daß die Länder bereits 1994 mit den Investitionen beginnen dürfen.

*m) Budgetierung der Verwaltungsausgaben*

(Artikel 21) Der Ausschuß war sich bewußt, daß es durch die Abschaffung des DO-Rechts vor allem bei kleineren Kassen zu Problemen kommen könne, wenn DO-Angestellte gehäuft zu Tarifangestellten würden. Dann wären Nachversicherungsbeträge in nicht unbeträchtlicher Höhe an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen, die aus dem gedeckelten Verwaltungsbudget nicht finanziert werden könnten. Falls dies eine Kasse unzumutbar belaste, könne die Ausnahmeregelung des Absatzes 5 gegeben sein.

Daneben gebe es noch das Problem der Mitgliedschaft in Verbänden, die auch von Gemeinden und anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts getragen würden und die die Versorgungslasten übernehmen. Der Austritt von einzelnen Mitgliedern könne zu Verpflichtungen bei den einzelnen Kassen führen.

Der Ausschuß geht einhellig davon aus, daß Verwaltungsausgaben im Sinne des Artikels 21 nur die tatsächlich von den Kassen selbst zu tragenden Verwaltungskosten (Netto-Verwaltungskosten), das heißt die Summe der Aufwendungen in Kontenklasse 7 abzüglich der Erstattungen in Kontengruppe 76, sind.

*n) Überleitungsvorschriften*

(Artikel 31) Bei den Beratungen spielte die Frage einer ausreichenden Übergangsregelung eine Rolle vor allem im Hinblick auf diejenigen Ärzte, die in der Entscheidungsphase stehen, sich niederzulassen. Diese seien in der Regel schon bestimmte vertragliche Verpflichtungen eingegangen. Andererseits solle vermieden werden, daß gewissermaßen Antragstellungen auf Vorrat erfolgten.

**B. Besonderer Teil**

Soweit die Vorschriften unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuß angenommenen Änderungen ist folgendes festzustellen:

**Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 5 SGB V)**

Die Änderung stellt sicher, daß auch entlassenen Arbeitnehmern des Bergbaus, die infolge des Bezugs von Anpassungsgeld freiwillig versichert sind, der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner möglich bleibt.

**Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 10 SGB V)**

Es handelt sich um eine aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderliche Klarstellung, daß nur die zur Durchführung der Familienversicherung erforderlichen Angaben zu melden sind.

**Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 20)**

Die Ergänzung stellt klar, daß nur Selbsthilfeeinrichtungen mit einer gesundheitspolitisch relevanten Zielsetzung Zuschüsse erhalten können.

Die Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen können diese Ziele auch durch Beratungstätigkeit unterstützen.

**Zu Artikel 1 Nr. 9 Buchstabe b (§ 21)***Zu Buchstabe a*

Es wird klargestellt, daß sich die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe auf eine Dokumentation mit anonymisierten Daten bezieht.

*Zu Buchstabe b*

Es wird klargestellt, daß sich die Rechtsverordnung des Verordnungsgebers zur Gruppenprophylaxe auf eine Dokumentation mit anonymisierten Daten bezieht. Darüber hinaus wird durch das Wort „Berücksichtigung“ den Bedenken des Bundesministers der Justiz Rechnung getragen, wonach der Verordnungsgeber nicht zwingend an Entscheidungen Dritter gebunden werden darf.

**Zu Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 30)***Zu Buchstabe a*

Die Einfügung dient der Präzisierung der ausgegrenzten Versorgungsform. Bei den Kombinationsversorgungen bezuschußt die Krankenkasse grundsätzlich zwei Verbindungselemente je Kiefer, auch wenn der Versicherte mit einer Kombinationsversorgung mit mehr als zwei Verbindungselementen versorgt wird. Nur bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer darf die Krankenkasse auch das dritte Verbindungselement bezuschussen.

*Zu Buchstabe d*

Die Bezuschussung von großen Brücken zum Ersatz von mehr als vier nebeneinander fehlenden Zähnen im Frontzahnbereich wird generell ausgeschlossen. Gleiches gilt für Brücken zum Ersatz von mehr als drei fehlenden Zähnen im Seitenzahnbereich. Die Krankenkasse darf in diesen Fällen auch nicht die Kosten in Höhe einer alternativen Versorgung (z. B. einer Teilprothese) übernehmen. Im übrigen bleibt es beim bisher geltenden Recht.

**Zu Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a (§ 31)**

Klarstellung, daß Versicherte auch Anspruch auf Arzneimittel haben, die nur in Ausnahmefällen verordnet werden können. Die Regelungen über Zuzahlungen finden in diesen Fällen auch Anwendung.

**Zu Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe b (§ 31)**

Nach § 2 Abs. 2 Nr. 4 des Arzneimittelgesetzes gelten Teststreifen zur Bestimmung von Glucose im Harn oder Blut als Arzneimittel. Leistungsrechtlich werden diese Teststreifen von den Krankenkassen den Applikationshilfen zugeordnet. Sie werden somit wie Hilfsmittel behandelt und sind daher zuzahlungsfrei. Durch die Ergänzung wird klargestellt, daß für die Teststreifen weiterhin keine Zuzahlung zu leisten ist.

**Zu Artikel 1 Nr. 22 (§ 35)**

Die Festbetragssperre in den Stufen II und III für das erste, innovative, patentgeschützte Arzneimittel einer Wirkstoffgruppe wird ausgedehnt auf alle patentgeschützten Arzneimittel der gleichen Wirkstoffgruppe für die Dauer des Patentschutzes des ersten, innovativen, Arzneimittels.

**Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 39 Abs. 3)***Zu Buchstabe a 1*

Folgeänderung zu § 72.

*Zu Buchstabe b*

Mit der redaktionellen Klarstellung wird verdeutlicht, daß Zuzahlungen nur zu stationären Krankenhausbehandlungen zu leisten sind.

**Zu Artikel 1 Nr. 28 (§ 60)**

Mit der Verweisung auf §§ 115a und 115b wird festgelegt, daß nicht nur die ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt, sondern auch die ambulante sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung von der Regelung umfaßt sind. Durch die Gleichstellung mit stationärer Krankenhausbehandlung wird klargestellt, daß bei mehrmals erforderlichen Behandlungsterminen innerhalb eines Leistungsfalles (z. B. Serienbehandlung) die Eigenbeteiligung des Versicherten auf die erste und die letzte Fahrt beschränkt ist. Für Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbracht werden (z. B. Dialysebehandlungen), bringt diese Vorschrift keine Änderungen gegenüber dem bisherigen Recht, da bei solchen Behandlungen stationäre oder teilstationäre Krankenhauspflege nicht erforderlich ist und damit auch nicht ‚vermieden‘ werden kann.

**Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 72a Abs. 6 — neu)**

Die Ergänzung trägt Wünschen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz Rechnung. Sie schafft die ausdrückliche datenschutzrechtliche Legitimation dafür, daß die nach § 72a Abs. 3 und 5 verpflichteten Ärzte und Einrichtungen Patientendaten aufzeichnen und an die Krankenkassen — soweit es die jeweilige Aufgabenstellung erfordert — weitergeben können.

**Zu Artikel 1 Nr. 33 Buchstabe b (§ 73 Abs. 1 a, 1 b und 1 c)***Zu Absatz 1 a*

Den Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die sich künftig für die ausschließliche Teilnahme an der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung entscheiden müssen, wird eine Übergangsfrist von drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt. Für den Fall, daß die haus- oder fachärztliche Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuß mit dem Ziel der Sicherstellung Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung die gleichzeitige Wahrnehmung haus- und fachärztlicher Aufgaben erlauben.

*Zu den Absätzen 1 b und 1 c*

Die Regelung stellt datenschutzrechtlich klar, daß der Hausarzt gesetzlich ermächtigt ist, zum Zwecke der Dokumentation für die von ihm betreuten Versicherten Daten von den weiterbehandelnden Ärzten zu beziehen und diese Daten bei einem Hausarztwechsel des Versicherten vollständig an den neuen Hausarzt abzugeben.

**Zu Artikel 1 Nr. 33 Buchstabe c (§ 73)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 75)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 35 (§ 76)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 35 (§ 76 Abs. 3)**

Es wird klargestellt, daß der Versicherte seinen Hausarzt wählt und über die damit verbundenen Regelungen unterrichtet wird.

**Zu Artikel 1 Nr. 35 a — neu — (§ 77)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 37 a (§ 81)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 38 (§ 82 Abs. 2)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 40 (§ 84)**

*Zu Absatz 3*

Klarstellung

*Zu Absatz 4*

Als Übergangsregelung können in den Jahren 1993 und 1994 Richtgrößen ohne Bezug auf Indikation und Menge der verordneten Arzneimittel vereinbart werden; für 1993 können die Richtgrößenvereinbarungen auf Bundesebene getroffen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 (§ 85)**

*Zu Buchstabe a 0*

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe c (§ 85 Abs. 2 a)**

Die Vorschrift schafft Rechtsklarheit und berücksichtigt, daß nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 1. Oktober 1990 (BSGE 67, 256) eine Rechtsunsicherheit über die Wirksamkeit des Genehmigungsvorbehalts und des Vergütungsausschlusses bestand. Diese Rechtsunsicherheit wurde endgültig erst durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 14. Mai 1992 (6 RKA 41/91) beseitigt, in dem § 122 des bisher geltenden Rechts als eine ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für den Genehmigungsvorbehalt und den hierauf basierenden Vergütungsausschluß angesehen wurde.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe c (§ 85 Abs. 2 b)**

Die Regelung wirkt einer überproportionalen Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich entgegen und soll verhindern, daß Vergütungsanpassungen vereinbart werden, die in der Budgetierungsphase die Beitragssatzstabilität gefährden könnten.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe d (§ 85 Abs. 3 a)**

Es wird klargestellt, daß die bisher mit einer Sachkostenpauschale vergüteten nichtärztlichen Dialyseleistungen außerhalb der an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelten Gesamtvergütung bezahlt werden.

Die genannten Leistungen zur Förderung der Vorsorge und Früherkennung werden aus der strikten Grundlohnbindung herausgenommen.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe e (§ 85 Abs. 3 b)**

Fehlerkorrektur. Da in den neuen Bundesländern das 1. Halbjahr 1992 als Basisjahr für die Berechnung der Gesamtvergütung herangezogen wird, sind hier, anders als bei der Regelung für die alten Bundesländer, die entsprechenden Anpassungen der Gesamtvergütungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme des Jahres 1992 bereits in dem Basiswert enthalten.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe g (§ 85 Abs. 4 a)**

Folgeänderung zur Änderung des § 87 Abs. 2 b.

Die Regelung stellt sicher, daß die zusätzlichen Vergütungsanteile für das ambulante Operieren und für die Prävention bei der Honorarverteilung nur diesen Leistungen zugute kommen.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe g (§ 85 Abs. 4 b)**

Die Regelung trägt der besonderen wirtschaftlichen Situation in den neuen Bundesländern Rechnung. Die erste Degressionsstufe wird für das Jahr 1993 in den neuen Bundesländern ausgesetzt. Die Absenkungen der zweiten und dritten Stufe werden jedoch auch in den neuen Bundesländern sofort mit 30 bzw. 40 v. H. wirksam.

Da Ausbildungsassistenten insbesondere im zweiten Vorbereitungsjahr im erhöhten Maß therapeutische Arbeiten erledigen und dem ausbildenden Zahnarzt aus der Beschäftigung eines Ausbildungsassistenten keine wirtschaftlichen Nachteile entstehen sollen, ist es notwendig, die zusätzliche Punktmenge von 15 auf 25 vom Hundert zu erhöhen. Damit wird außerdem sichergestellt, daß Zahnärzte in niedergelassener Praxis auch weiterhin Ausbildungsassistenten einstellen. Eine zusätzliche Punktmenge von 70 vom Hundert kann somit lediglich für angestellte Zahnärzte angerechnet werden, die als Dauerassistenten beschäftigt werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe g (§ 85 Abs. 4 c)**

Um eine enge Bindung des degressiven Punktwertes an den Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung zu gewährleisten, muß die Erfassung der eingereichten und von der Kassenzahnärztlichen Vereini-

gung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüften Rechnungen nach dem Leistungsquartal erfolgen. Die Orientierung am Rechnungsdatum würde eine willkürliche zeitliche Verschiebung von bis zu acht Monaten ermöglichen. Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Einsparbeträge aus dem degressiven Punktwert aller zahnärztlichen Leistungsbereiche den Krankenkassen gutgeschrieben werden, auch wenn für einzelne Bereiche eine Gesamtvergütung nach Fall- oder Kopfpauschalen vereinbart wird.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 41 a (§ 86)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 42 Buchstabe a (§ 87)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 42 Buchstabe b (§ 87 Abs. 2b)**

Die Regelung stellt sicher, daß die mit einer hohen Auslastung von medizinisch-technischen Großgeräten verbundenen Rationalisierungsgewinne nicht nur bei den Betreibern der Geräte verbleiben; sie sollen an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Gleichzeitig sollen Anreize für eine medizinisch nicht erforderliche Ausweitung der Großgeräte-Leistungen vermieden werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 43 Buchstabe a (§ 88 Abs. 2a)**

Die Regelung wirkt einer überproportionalen Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich entgegen und soll verhindern, daß Preisanpassungen vereinbart werden, die in der Budgetierungsphase die Beitragssatzstabilität gefährden könnten.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 44 (§ 89 Abs. 1)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 44 Buchstabe b — neu — (§ 89 Abs. 2)**

Durch die Ergänzung der vorgesehenen Neufassung um die Sätze 3 und 4 wird ausgeschlossen, daß in einem Schiedsverfahren nicht betroffene Kassenarten über Verträge anderer Kassenarten entscheiden müssen. Abweichende Regelungen können vereinbart werden.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 44 Buchstabe d (§ 89 Abs. 4)**

Die Vorgabe für die zahlenmäßige Besetzung des Bundesschiedsamtes entfällt. Es soll der gleiche Grundsatz gelten wie für die Bildung des Landesschiedsamtes nach Absatz 2. Das Nähere, u. a. über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsämter, wird gemäß Absatz 6 durch Rechtsverordnung des BMG bestimmt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 92 a)**

##### **Zu Absatz 3**

Die Aufteilung der mit den Sitzungen der Mitglieder des Instituts verbundenen Kosten wird klargestellt. Die Kosten der Geschäftsstelle des Instituts trägt der Bundesminister für Gesundheit.

##### **Zu Absatz 6**

Durch die Regelung wird sichergestellt, daß Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die fiktiv zugelassen sind, in die Liste der verordnungsfähigen Arzneimittel aufgenommen werden, bis festgestellt ist, ob die an diese Mittel zu stellenden Anforderungen für die Aufnahme in die Liste erfüllt sind. Dadurch wird vermieden, daß diejenigen Mittel benachteiligt werden, für die eine solche Entscheidung nicht vor Inkrafttreten der Liste verordnungsfähiger Arzneimittel getroffen werden kann.

##### **Zu Absatz 7**

Die Regelung betrifft neue Arzneimittel mit nicht allgemein bekannter Wirkung und soll sicherstellen, daß über die Verordnungsbarkeit dieser Arzneimittel innerhalb einer kurzen Frist entschieden wird. Bei solchen in der Regel patentgeschützten Arzneimitteln soll die Verordnungsbarkeit vom Tag der Bekanntmachung der Zulassung an bis zu einer etwaigen gegenteiligen Entscheidung des Instituts gewährleistet sein. Neue Arzneimittel mit bereits bekannten Wirkstoffen berücksichtigt das Institut durch eine Aktualisierung der Zusammenstellung nach Absatz 8.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 95)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 50 a (§ 96)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 50b (§ 97)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 51 (§ 98)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 51a (§ 99)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 54 (§ 103)**

In dem Fall, daß die Zulassung eines Partners einer Gemeinschaftspraxis endet, gelten für die Nachbesetzung des ausscheidenden Vertragsarztes die gleichen Regelungen wie bei der Nachfolge eines Vertragsarztes in einer Einzelpraxis.

Der Umstand, daß die verbleibenden Vertragsärzte mit dem Anteilsübernehmer gesellschaftsrechtliche Verbindungen eingehen müssen, erfordert es, auch ihre Interessen bei der Bewerberauswahl zu berücksichtigen. Dies wird durch Satz 2 erreicht.

**Zu Artikel 1 Nr. 55 (§ 104)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 55a (§ 105)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 58 (§ 110)**

Die im Fraktionsentwurf enthaltene Prüfungsfrist wird auf drei Monate verkürzt. Dadurch soll für alle Beteiligten so früh wie möglich Klarheit über die Auffassung der zuständigen Landesbehörde geschaffen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 61a (Vierter Abschnitt)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 62 (§ 115)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 63 (§ 115b)**

Die Ergänzung stellt klar, daß die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Krankenkassen nicht nur für die Zeit bis zum 31. Dezember 1994 erfolgt, sondern zeitlich unbegrenzt.

Grundlage für die Datenübermittlung ist § 301 im Rahmen des Erforderlichen.

**Zu Artikel 1 Nr. 63a (§ 116)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 63b (§ 120)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 63c (§ 121)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 63d (§ 121a)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 64 (§ 122)****Zu Absatz 4**

Eine Bestimmung über die Mitnutzung kann auch nachträglich getroffen werden, also z. B. auch für Geräte, die bereits vor dem 1. Januar 1993 zugelassen worden sind. Die Neufassung des Satzes 4 trägt dieser Befugnis des Großgeräteausschusses in klarstellender Weise Rechnung.

Die Regelung stellt sicher, daß die Auslastung der medizinisch-technischen Großgeräte bei der Verteilung der Gesamtvergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung berücksichtigt werden kann (Folgeänderung zur Änderung von § 87 Abs. 2b).

Auch erleichtert die Verpflichtung des Betreibers zur Auskunft über die Nutzung seines Großgerätes eine vom Großgeräteausschuß zu treffende Regelung über eine Mitnutzung.

**Zu Artikel 1 Nr. 64a (§ 125)****Zu Buchstabe a**

Durch die Einfügung der Worte „auf Landesebene“ soll dem Grundsatz der Regionalität Rechnung getragen werden.

*Zu Buchstabe b*

Die Regelung wirkt einer überproportionalen Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich entgegen. Da die Heilmittel gemeinsam mit den Arzneimitteln budgetiert werden, wird somit verhindert, daß sich ein Teilbereich überproportional zu Lasten des anderen Bereichs entwickelt.

**Zu Artikel 1 Nr. 64 b — neu — (§ 126)**

Als Folgeänderung zur Regelung der Vergütung der nichtärztlichen Dialyseleistungen (Sachkosten) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 85a Abs. 3a) wird klargestellt, daß für die nichtärztlichen Dialyseleistungen, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, die Regelungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln entsprechend gelten.

**Zu Artikel 1 Nr. 65 (§ 127 Abs. 1)***Zu Buchstabe a*

Durch die Einfügung der Worte „auf Landesebene“ soll dem Grundsatz der Regionalität Rechnung getragen werden.

**Zu Artikel 1 Nr. 65 (§ 127 Abs. 2)***Zu Buchstabe b*

Die Regelung wirkt einer überproportionalen Vertragspreisentwicklung in Leistungsbereichen entgegen, für die Festbeträge noch nicht festgelegt worden sind oder nicht festgelegt werden können. Die Vorschrift entbindet die Krankenkassen nicht von ihrer Pflicht, bestehende Preissenkungsspielräume bei Festbeträgen oder in Bereichen mit Vertragspreisen auszuschöpfen und für weitere Hilfsmittel Festbeträge festzulegen, die unterhalb bestehender Vertragspreise liegen.

**Zu Artikel 1 Nr. 67 a (§ 133)***Zu Buchstabe a*

Die Regelung wirkt einer überproportionalen Ausgabenentwicklung in diesem Leistungsbereich entgegen. Sie lag z. B. im 1.—3. Quartal 1992 bei + 16,1 vom Hundert je Mitglied.

*Zu Buchstabe b*

Durch die Vorschrift werden die Krankenkassen verpflichtet, bei bestehender Anbietervielfalt die Preisvereinbarungen an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten zu orientieren.

**Zu Artikel 1 Nr. 68 (§ 135)***Zu den Buchstaben a—c, e, f*

Folgeänderung zu § 72.

*Zu Buchstabe d*

Die Regelung in Absatz 4 Satz 2 verstärkt die Beteiligung des Bundesinventionsverbands der Zahntechniker bei der Festlegung von Qualitätskriterien von Zahnersatz. Der Bundesinventionsverband der Zahntechniker wird während des gesamten Entscheidungsprozesses eingebunden. Auch ergänzende oder erneute Stellungnahmen wegen eines veränderten Sachstandes sind in die Entscheidung einzubeziehen.

**Zu Artikel 1 Nr. 69 a (§ 136)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 70 a (§ 138)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b (§ 141 Abs. 3)**

Die Vielfalt der im Rahmen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen diskutierten gesundheitspolitischen Themen erfordert eine Erweiterung der Teilnehmer über die bislang eingebundenen Verbände hinaus. Zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der Konzertierte Aktion ist jedoch eine Beschränkung auf je einen Vertreter der neu zu beteiligten Interessengruppen erforderlich. Sofern diese Gruppen durch mehrere Verbände repräsentiert werden, können sie sich auf einen gemeinsamen Vertreter verständigen und diesen dem Bundesminister für Gesundheit als Berufungsvorschlag unterbreiten.

**Zu Artikel 1 Nr. 75 (§ 145)***Zu Absatz 1*

Es wird klargestellt, daß die Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Bedarfssatzes für Krankenkassen in den neuen und alten Ländern getrennt erfolgt.

*Zu Absatz 3*

Redaktionelle Klarstellung des Gewollten.

**Zu Artikel 1 Nr. 77 Buchstabe b**

Um klarzustellen, daß der Übergang der Personalhoheit vom Unternehmen auf die Betriebskrankenkasse für die betroffenen Arbeitnehmer durch Anwendung



von § 613 a BGB abgesichert ist, wird die Vorschrift im Entwurf entsprechend ergänzt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 99 (§ 174 SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die das Gewollte deutlich macht.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 99 (§ 175)**

##### **Zu Absatz 3**

Die Änderung in Satz 1 stellt klar, daß das Wahlrecht bereits vor Beginn der Versicherungspflicht ausgeübt werden kann. Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht wahrgenommen, ist die Krankenkasse zuständig, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Nur in den Ausnahmefällen, in denen der Versicherte keine Krankenkasse wählt und eine letzte Krankenkasse nicht vorhanden ist, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle — in der Regel der Arbeitgeber — die Krankenkasse zu wählen. Dabei erfolgt die Meldung für versicherungspflichtig Beschäftigte nach §§ 28 a bis 28 c SGB IV. Die Ortskrankenkasse des Wohnortes, bei wahlberechtigten Versicherungspflichtigen nach § 173 Abs. 2 Nr. 3 die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, ist für die Durchführung der Krankenversicherung nur noch dann kraft Gesetzes zuständig, wenn der Versicherte keine Krankenkasse wählt, eine letzte Krankenkasse nicht vorhanden ist und auch die Meldestelle ihrer Meldepflicht nicht nachkommt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 105 (§ 197)**

Die Änderung stellt klar, daß es zu den Aufgaben des Verwaltungsrats gehört, die grundsatzpolitischen Entscheidungen für die Krankenkasse zu treffen.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 120 (§ 240)**

Mit der Vorschrift werden die notwendigen beitragsrechtlichen Folgerungen aus der Neuregelung in § 5 Abs. 1 Nr. 11 gezogen.

Aus Gründen des Vertrauensschutzes gilt für die Versicherten, die am 31. Dezember 1992 die Voraussetzungen des § 248 Abs. 2, der durch dieses Gesetz aufgehoben wird, erfüllten, eine Übergangsregelung. Dieser Personenkreis erhält weiterhin eine Beitragsvergünstigung, indem es bei einer halben Beitragszahlung aus Rente, Versorgungsbezügen und Arbeits-einkommen bleibt. Sonstige Einkünfte wie z. B. aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitaleinkünfte werden wie bisher zur Beitragsbemessung herangezogen und mit dem vollen Beitrag belastet.

Die Vorschrift klärt Zweifelsfragen bei der Beitragsbemessung für Selbständige durch Festlegung eines sachgerechten Mindestbeitrages für diesen Personenkreis. Bemessungsgrundlage sind 75 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße (1993 West: 3 710 DM — 75 vom Hundert = 2 782,50 DM; Ost: 2 730 DM —

75 vom Hundert = 2 047,50 DM). Durch die Formulierung „beitragspflichtige Einnahmen“ wird klargestellt, daß bei der Beitragsbemessung nicht lediglich der nach den Vorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit (§ 15 SGB IV), sondern — wie bei Arbeitnehmern — die Bruttoeinnahmen zugrunde zu legen sind. Wenn ein Selbständiger die Beitragsbemessung auf der Grundlage der vollen Beitragsbemessungsgrenze nicht akzeptieren möchte, hat er entsprechende Nachweise, z. B. durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides, zu führen. Beitragskorrekturen für die Vergangenheit können allerdings nicht vorgenommen werden, weil die Krankenkassen die Einnahmen sonst nicht verlässlich vorausschätzen können. Bei Nachweis eines höheren Einkommens durch die Krankenkassen können auch Nachberechnungen mit Rückwirkung vorgenommen werden, weil der Versicherte sich insoweit einer korrekten Beitragsbemessung durch Unterlassung der erforderlichen Angaben entzogen hat. Die Beitragspflicht weiterer Einnahmen bleibt unberührt.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 132 a (§ 277)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 134 (§ 284)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 135 (§ 285)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 136 (§ 291)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 136 a (§ 294)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 137 (§ 295)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 138 (§ 296)**

Folgeänderung zu § 72.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 139 (§ 297)**

Folgeänderung zu § 72.

**Zu Artikel 1 Nr. 145 (§ 305)**

Die Änderungen tragen den datenschutzrechtlichen Bedürfnissen Rechnung.

**Zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 311)**

Die Vorschrift stellt klar, daß sich die Rechtsstellung der kirchlichen Fachambulanzen durch die Neufassung des § 311 Abs. 2 nicht ändern soll.

Durch die Ergänzung werden Ärzte, die in den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 beschäftigt sind, in die Bedarfsplanung einbezogen. Es soll sichergestellt werden, daß Neubeschäftigungen von Ärzten in den Einrichtungen und damit verbundene Erweiterungen des Personalbestandes nur dann möglich sind, wenn in dem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

**Zu Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe b (§ 313 Abs. 10)**

Die für 1994 vorgesehene Gewichtung der für den Risikostrukturausgleich in Berlin (Ost) zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen wird in ihrer Wirkung halbiert. Damit wird in Berlin der Übergang in den einheitlichen Rechtskreis von 1995 an erleichtert.

**Zu Artikel 3 Nr. 4 (§ 35 a SGB IV)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die das Gewollte verdeutlicht.

**Zu Artikel 4**

Redaktionelle Anpassung an den Text des SGB VI.

**Zu Artikel 9**

Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 31 (§ 72 SGB V).

**Zu Artikel 10**

Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 31 (§ 72 SGB V).

**Zu Nummer 3 a (§ 32 Abs. 1)**

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 wird EG-Recht in innerstaatliches Recht umgesetzt. Die Anpassung des § 32 Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte an das EG-Recht ist nämlich Gegenstand eines Vertragsverletzungsverfahrens gegen die Bundesrepublik Deutschland, das von der EG-Kommission unter dem Aktenzeichen A 92/2098/SG (92) D/7476 geführt wird.

Nach Artikel 16 der Richtlinie 78/686/EWG dürfen von einem Zahnarzt, der Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der EG ist und Inhaber eines Diploms ist, das die Bedingungen der Richtlinien 78/686/EWG und 78/687/EWG erfüllt, zur Berufsausübung in einem anderen Mitgliedstaat keine zusätzlichen Voraussetzungen, wie z. B. die zwei Jahre dauernde kassenzahnärztliche Vorbereitungszeit, gefordert werden. Dem Erfordernis dieser Vorschrift des EG-Rechts ist für die Erteilung der Kassenzulassung durch § 3 Abs. 4 Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte bereits Rechnung getragen, nicht jedoch für die Vertretung eines Kassenzahnarztes. Die Voraussetzungen für die Vertretung eines Kassenzahnarztes durch einen Staatsangehörigen eines EG-Mitgliedstaates sind den Voraussetzungen für die Erteilung der Kassenzulassung gleichzustellen. Dies wird durch die Änderung des § 32 Abs. 1 erreicht.

**Zu Nummer 4 (§ 32 b Satz 2 erster Halbsatz)**

Die Regelung stellt klar, daß angestellte Zahnärzte die Voraussetzungen eines Kassenzahnarztes erfüllen müssen und nicht das Angestelltenverhältnis eingehen können, statt eine zweijährige Vorbereitungszeit zu absolvieren, mit der Folge, daß dem Praxisinhaber beim degressiven Punktwert statt der 25%igen eine 70%ige Anhebung des Schwellenwertes gutgeschrieben würde.

**Zu Artikel 11 Nr. 6 Buchstabe b (§ 16 Satz 1 Nr. 3)**

Die Formulierung hebt stärker als die Entwurfsfassung hervor, daß die klarstellende Ergänzung die Verwendung des Begriffspaares „Kostenerstattung und Vorteilsausgleich“ terminologisch unberührt läßt.

**Zu Artikel 11 Nr. 7 Buchstabe c (§ 17 Abs. 2 a)**

Mit den Änderungen wird klargestellt, daß die Fallpauschalen den vollen Kosten- und Leistungsumfang einer Behandlung umfassen sollen. Darüber hinaus wird verdeutlicht, welche Leistungsinhalte mit den Abteilungspflegesätzen und welche mit dem Basispflegesatz vergütet werden sollen.

**Zu Artikel 11 Nr. 8 Buchstabe b  
Doppelbuchstabe bb (§ 18 Abs. 3)**

Die Verbände auf der Landesebene erhalten den Auftrag, die Vereinbarung eines pauschalierten Entgelts für Unterkunft und Verpflegung anzustreben.

**Zu Artikel 11 Nr. 8 a (§ 18 a)**

Die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a wird landesweit vereinbart (siehe zu Nummer 7 Buchstabe c und zu Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb). Auch

die Vergütung der Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgt gemäß § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V landesweit (siehe zu Artikel 1 Nr. 63). Beide Regelungen sind schiedsstellenfähig (Schiedsstelle nach § 18a KHG).

Die Ergänzung von § 18a Abs. 1 dient der Klarstellung für den Fall, daß in einem Bundesland mehrere Schiedsstellen gebildet worden sind. In diesem Fall bestimmen die Selbstverwaltungsverbände die Schiedsstelle, die für mit landesweit einheitlicher Geltung zu treffende Entscheidungen zuständig ist.

#### **Zu Artikel 11 Nr. 13 (§ 28)**

Bereits nach geltendem Recht sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Krankenhausstatistik einbezogen (§ 28 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 7).

Im Hinblick auf den Informationsbedarf der Bundesländer wird den Trägern der zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassenen Einrichtungen nunmehr auch die Verpflichtung auferlegt, den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden unmittelbar Auskunft zu erteilen. Dies erleichtert die Krankenhausplanung und die Abstimmung zwischen den Ländern und den Landesverbänden der Krankenkassen nach § 111 Abs. 4 Satz 3 SGB V über Abschluß und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 3**

Redaktionelle Berichtigung.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe c (§ 6 Abs. 3)**

Redaktionelle Berichtigung.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 6 (§ 11 Abs. 3a)**

Durch die Änderungen wird klargestellt, daß die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowie zum pflegesatzentlastenden Kostenabzug in gleicher Weise auch für wahlärztliche Leistungen von Krankenhausärzten gilt, deren Befugnis zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen nicht auf vertraglicher Vereinbarung, sondern auf einer nach beamtenrechtlichen Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit (z. B. bei Hochschulkliniken) beruht.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 7 Buchstabe b sowie Abs. 3 Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (jeweils § 13 Abs. 3 Nr. 6a)**

Redaktionelle Anpassung an die Änderung zu Artikel 11 Nr. 6 Buchstabe b (§ 16 Satz 1 Nr. 3 KHG).

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 7 (§ 13 Abs. 3 Nr. 6a)**

Durch die Änderungen wird klargestellt, daß die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowie zum pflegesatzentlastenden Kostenabzug in gleicher Weise auch für wahlärztliche Leistungen von Krankenhausärzten gilt, deren Befugnis zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen nicht auf vertraglicher Vereinbarung, sondern auf einer nach beamtenrechtlichen Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit (z. B. bei Hochschulkliniken) beruht.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 10 (§ 21 Abs. 2)**

Die Fallpauschalen, die nach bisherigem Recht im Rahmen von Modellvorhaben nach § 21 vereinbart werden konnten, werden gleichgestellt mit den bisher vereinbarten Sonderentgelten. Die Höhe der Vergütung wird entsprechend dem Budgetbereich begrenzt. Die Leistungsmenge je Fallpauschale wird nicht festgeschrieben, um die bestehenden Finanzierungsbedingungen in den Modellvorhaben nicht zu ändern. Eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität der Krankenkassen ist nicht zu befürchten, da es nur einige wenige Modellvorhaben gibt. Die Regelung gilt nur für Modellvorhaben, die gemäß § 21 mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde bis 1992 vereinbart worden sind.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 2**

Die Änderung stellt klar, daß die Vorschriften zur Kostenerstattung liquidationsberechtigter Krankenhausärzte für wahlärztliche Leistungen in Artikel 12 Abs. 1 Nr. 6 und 7 Buchstabe b (§ 11 Abs. 3a und § 13 Abs. 3 Nr. 6a der Bundespflegesatzverordnung) auch für diejenigen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 1995 gelten, die bereits vom 1. Januar 1995 an die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 3 Nr. 6 Buchstabe b (§ 11 Abs. 3a)**

Durch die Änderungen wird klargestellt, daß die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowie zum pflegesatzentlastenden Kostenabzug in gleicher Weise auch für wahlärztliche Leistungen von Krankenhausärzten gilt, deren Befugnis zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen nicht auf vertraglicher Vereinbarung, sondern auf einer nach beamtenrechtlichen Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit (z. B. bei Hochschulkliniken) beruht.

#### **Zu Artikel 12 Abs. 3 Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa**

Die Ergänzung stellt klar, daß zur Pflegesatzentlastung ein Kostenabzug — wie bisher — auch für wahlärztliche Leistungen, die vom Krankenhaus als Institutsleistungen erbracht werden, zu berücksichtigen

gen ist. Da insoweit eine Verknüpfung mit vertraglichen Kostenerstattungsregelungen nicht gegeben ist, kann der Kostenabzug nicht nach den für liquidationsberechtigten Krankenhausärzten mit Altverträgen geltenden Grundsätzen erfolgen. Die Regelung trägt dem Anliegen der Krankenhausträger Rechnung, während des Budgetierungszeitraums der Jahre 1993 bis 1995 noch nicht in voller Höhe mit dem neuen Kostenabzug belastet zu werden. Allerdings sollen die Krankenhausträger durch die für sie während dieses Zeitraums geltende Übergangsregelung im Vergleich zu dem Kostenabzug nach geltendem Recht nicht günstiger gestellt werden.

**Zu Artikel 12 Abs. 1 Nr. 7 Buchstabe b sowie Abs. 3 Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb**  
(jeweils § 13 Abs. 3 Nr. 6a)

Redaktionelle Anpassung an die Änderung zu Artikel 11 Nr. 6 Buchstabe b (§ 16 Satz 1 Nr. 3 KHG).

**Zu Artikel 12 Abs. 3 Nr. 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb** (§ 13 Abs. 3 Nr. 6a)

Durch die Änderungen wird klargestellt, daß die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowie zum pflegesatzentlastenden Kostenabzug in gleicher Weise auch für wahlärztliche Leistungen von Krankenhausärzten gilt, deren Befugnis zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen nicht auf vertraglicher Vereinbarung, sondern auf einer nach beamtenrechtlichen Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit (z. B. bei Hochschulkliniken) beruht.

**Zu Artikel 13** (§ 5 Abs. 3 Satz 2)

Die Ergänzung erfolgt aus datenschutzrechtlichen Gründen und dient der Klarstellung.

**Zu Artikel 13a** (Krankenhausinvestitionsprogramm für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet)

Artikel 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages überträgt den Gesetzgebern die Aufgabe, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das Niveau der stationären Versorgung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird.

Die meisten Krankenhäuser in diesem Gebiet befinden sich in einem schlechten baulichen Zustand; die bautechnischen Anlagen sind häufig stark überaltert und reparaturanfällig. Eine den heutigen Anforderungen entsprechende leistungsfähige stationäre Versorgung ist nicht gewährleistet. Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist in erheblichem Maße behindert, oftmals sogar unmöglich.

Die neuen Länder sind auf absehbare Zeit nicht in der Lage, den investiven Nachholbedarf aus eigener Kraft abzubauen. Die herkömmlichen Mittel der Investitionsfinanzierung reichen nicht aus, insbesondere angesichts der wesentlich geringeren Wirtschaftskraft der neuen Länder.

Deshalb ist ein gemeinsames Engagement von Bund, Ländern und Benutzern der Krankenhäuser oder ihrer Kostenträger erforderlich, das auch eine ergänzende private Finanzierung oder private Mitfinanzierung von Krankenhäusern ermöglicht.

**Zu Absatz 1**

Angesichts der besonderen Bedeutung der Krankenhausinvestitionen für die sozialpolitische und gesamtwirtschaftliche Entwicklung sind Finanzhilfen des Bundes nach Artikel 104 a Abs. 4 des Grundgesetzes erforderlich. Diese zeitlich begrenzten Finanzhilfen werden dazu beitragen, die unterschiedliche Wirtschaftskraft der Länder auszugleichen. Auch in den alten Ländern hat der Bund in den Jahren von 1972 bis 1984 entsprechende Finanzhilfen in Höhe von rd. 16 Milliarden Deutsche Mark für den Aufbau moderner Krankenhäuser zur Verfügung gestellt.

Die Finanzhilfen sind Bestandteil der im einzelnen noch zu vereinbarenden Gesamtlösung zur Sicherstellung der Finanzausstattung der neuen Länder ab 1995. Zusätzlich ist eine Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 104 a Abs. 4 GG vorgesehen. Die besondere Leistungsvorhaltung des Landes Berlin ist im Rahmen der Verwaltungsvereinbarung zu berücksichtigen.

Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung bleiben unberührt. Dies bedeutet, daß die Länder — über das besondere Investitionsprogramm hinaus — für die Schaffung der notwendigen Infrastruktur im Krankenhausbereich zuständig bleiben.

**Zu Absatz 2**

Die Länder stellen gemeinsam und im Einvernehmen mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG (Landesverbände der Krankenkassen, Landesabschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung und Landeskrankenhausesgesellschaft) jährlich fortzuschreibende gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme auf und beteiligen sich an der Finanzierung in mindestens gleicher Höhe wie der Bund. Nach Maßgabe des Landesrechts können auch Finanzierungsbeiträge der Kommunen oder der Krankenhausträger vorgesehen werden. Investitionsprogramme nach §§ 6, 8, 9 KHG sind zusätzlich zu dem gemeinsam finanzierten Investitionsprogramm möglich.

Durch die Finanzhilfen des Bundes, den Anteil der Länder und den Finanzierungsbeitrag der Krankenhausbutzer oder ihrer Kostenträger nach Absatz 3 stehen Mittel von jährlich mindestens 1,75 Milliarden

Deutsche Mark zum Abbau des investiven Nachholbedarfs zur Verfügung. Insbesondere wenn die Länder ihre eigenen Mittel und den für einen Zeitraum von 20 Jahren vorgesehenen Finanzierungsbeitrag der Krankenhausbenutzer auch zur Finanzierung von Darlehen oder anderen privatwirtschaftlichen Finanzierungsformen verwenden, kann der vordringlichste Nachholbedarf weitgehend abgedeckt werden.

#### *Zu Absatz 3*

Der zügige Aufbau moderner Krankenhäuser in den neuen Ländern liegt auch im Interesse der Benutzer der Krankenhäuser und ihrer Kostenträger. Neben der Verbesserung der medizinischen Qualität der Krankenhausversorgung sind für sie unter dem Aspekt einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung insbesondere die Vermeidung unwirtschaftlicher Betriebsabläufe sowie Investitionen mit dem Ziel der Rationalisierung von Bedeutung.

Deshalb sollen neben Bund und Ländern auch die Benutzer oder ihre Kostenträger im Rahmen eines zeitlich und finanziell begrenzten gemeinsamen Engagements an einem Investitionsprogramm zum Abbau des investiven Nachholbedarfs beteiligt werden. Der von den Krankenhausbenutzern bzw. ihren Kostenträgern zu leistende Finanzierungsbeitrag beträgt — ausgehend von über 42 Millionen Berechnungstagen im Jahre 1992 — jährlich rd. 350 Millionen Deutsche Mark. Er ist im weiteren abhängig von der Entwicklung der Berechnungstage. Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung erhöhen sich um rd. 3 vom Hundert, die Beitragssätze im Durchschnitt um rd. 0,1 vom Hundert.

Der Finanzierungsbeitrag der Benutzer oder ihrer Kostenträger soll auch für die Finanzierung von Darlehenszinsen oder anderen privaten Finanzierungsformen verwendet werden. Da bei Aufnahme von Darlehen Zinskosten über einen langen Zeitraum finanziert werden müssen und die Belastung des einzelnen Krankenhausbenutzers bzw. dessen Kostenträgers sozialverträglich gestaltet sein muß, wird der Investitionszuschlag auf 20 Jahre verteilt. Die Verwendung der Mittel, das Einzugs- und Abrechnungsverfahren und weitere Verfahrensfragen können flexibel geregelt werden; beispielsweise ist es möglich, den Finanzierungsbeitrag der Krankenkassen auf der gesetzlichen Grundlage unmittelbar — und nicht über die Krankenhäuser — den Ländern für das gemeinsame Investitionsprogramm zur Verfügung zu stellen.

§ 18 b KHG findet während des Zeitraums vom 1. Januar 1995 bis zum 31. Dezember 2004 keine Anwendung.

#### *Zu Absatz 4*

Der Investitionszuschlag ist nicht Bestandteil des Krankenhausbudgets, sondern wird zusätzlich erhoben. Er ist bei der Ermittlung des Risikostrukturausgleichs und bei der Budgetierung der Krankenhausausgaben im Jahre 1995 nicht zu berücksichtigen.

#### **Zu Artikel 15**

Satz 1 Nr. 3 BAFöG regelt die Voraussetzungen, die Krankenversicherungsunternehmen für die Gewährung eines Zuschusses erfüllen müssen. § 257 Abs. 2 c SGB V enthält jedoch ein außerordentliches Kündigungsrecht für privat Versicherte. Er gehört damit nicht zu den von Unternehmen zu erfüllenden Voraussetzungen und muß durch einen gesonderten Satz entsprechende Geltung erlangen.

#### **Zu Artikel 16**

Die Vorschriften über die Wahlrechte der Versicherten erstrecken sich nicht auf die berufsständisch organisierte landwirtschaftliche Krankenversicherung. Für Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz, die vor dem Leistungsbezug bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren, ist daher eine Ergänzung der Regelung erforderlich.

#### **Zu Artikel 17 a (neu)**

Die Änderung stellt entsprechend der Regelung in § 39 Abs. 1 SGB V klar, daß die Arzneimittelversorgung der Krankenhauspatienten auch im Falle vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115 a SGB V oder ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V durch die das Krankenhaus versorgende Apotheke (Krankenhausapothek e oder öffentliche Apotheke) erfolgt. Damit ist gewährleistet, daß die damit verbundenen Kosten nicht das Arznei- und Heilmittelbudget der Vertragsärzte belasten.

Soweit der Patient zusätzlich durch einen Vertragsarzt behandelt wird (vgl. § 115 a Abs. 2 Satz 4 SGB V), gilt für Verordnungen durch den Vertragsarzt § 31 SGB V.

#### **Zu Artikeln 18 und 19**

Redaktionelle Folgeänderung zur entsprechenden Klarstellung in Artikel 12 Abs. 1 Nr. 6 (§ 11 Abs. 3 a Bundespflegesatzverordnung).

#### **Zu Artikel 20**

Durch die Regelung in Absatz 6 (neu) können auch bestimmte Tätigkeiten in der Kieferorthopädie an qualifiziertes Praxispersonal delegiert werden. Das Einligieren von Bögen darf nur delegiert werden, wenn der Zahnbogen bereits ausgeformt ist. Das Arbeiten mit rotierenden Instrumenten wird im Rahmen der Fortbildung der Helferinnen vermittelt. Im übrigen gilt die Begründung zu Absatz 5 entsprechend.

**Zu Artikel 21**

In den Anhörungen und Stellungnahmen zum Gesetzentwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes ist der Gesetzestext des Artikels 21 unterschiedlich ausgelegt worden. Daher ist eine Klarstellung des Gesetzestextes notwendig.

Ausgehend von den tatsächlichen Verwaltungsaufgaben der einzelnen Krankenkassen im Jahr 1991 ändert sich das Budget für die Jahre 1993 bis 1995 nicht prozentual pro Jahr für die einzelnen Krankenkassen, sondern um einen absoluten Betrag, der für alle Krankenkassen identisch ist (Ausnahme: Betriebskrankenkassen).

Für das Kalenderjahr 1992 ändert sich die Ausgangsbasis des Jahres 1991 nach dem gleichen Berechnungsverfahren wie das Budget 1993 bis 1995.

Die Änderung stellt klar, daß auch für die Krankenkassen, die sich über alte und neue Länder erstrecken, getrennte Budgets nach neuen und alten Ländern aufgestellt werden müssen.

**Zu Artikel 23 Nr. 1 (Artikel 56 Abs. 3 GRG)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die das Gewollte deutlich macht.

**Zu Artikel 28**

Redaktionelle Klarstellung, daß auch solche Arzneimittel ohne Festbetrag dem Preismoratorium unterliegen, die nach dem 1. Mai 1992 bis einschließlich 31. Dezember 1992 erstmalig in den Markt eingeführt worden sind. Ferner wird klargestellt, daß auch bei Arzneimitteln, die nach Inkrafttreten des Gesetzes in den Markt eingeführt werden, bis zum 31. Dezember 1994 Preiserhöhungen nicht zulässig sind.

Das Preismoratorium entfällt für solche Arzneimittel, für die Festbeträge nach dem 1. Januar 1993 in Kraft treten.

**Zu Artikel 31 (§ 1)**

Klarstellung, daß Satz 1 auch für angestellte Zahnärzte gilt.

**Zu Artikel 31 (§ 3)****Zu Absatz 1**

Durch die Verlängerung der Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit soll vermieden werden, daß eine Zulassung deshalb endet, weil die Praxisgründung in dem Zeitraum aus technischen Gründen (z. B. Verzögerungen bei der Fertigstellung der Praxiseinrichtung) nicht möglich war.

Durch die Änderung wird sichergestellt, daß Ärzte, die nur wegen Nichterfüllens der Vorbereitungszeit

bis 31. Januar 1993 keinen Antrag auf Zulassung stellen können, von der Übergangsregelung erfaßt werden.

**Zu Absatz 2**

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, daß abweichend von § 19 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Zulassungssperren ab 1. Februar 1993 greifen und nicht abhängig davon sind, wann der Landesausschuß erstmalig die Feststellung trifft, daß eine Überversorgung vorliegt.

**Zu Absatz 3**

Durch die Vorschrift wird vermieden, daß in dem Zeitraum vor der Feststellung des Landesausschusses nach § 103 Abs. 1 Satz 1 in überversorgten Gebieten noch Ärzte angestellt werden.

**Zu Absatz 4**

Folgeänderung zu Absatz 3.

**Zu Artikel 31 (§ 13)**

Folgeänderung aus dem vorgezogenen Inkrafttreten des § 168a SGB V.

**Zu Artikel 31 (§ 3a — neu)**

Klarstellung des Rechtsstatus der bisher an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte.

**Zu Artikel 31 (§ 10)**

Der Beginn der ersten Wahl des Verwaltungsrats wird der Vertreterversammlung freigestellt.

**Zu Artikel 31 (§ 11)**

Auch Personen, die das 58. Lebensjahr vollendet haben, wird die Möglichkeit eröffnet, beim Inkrafttreten der Neuregelung in den Vorstand gewählt zu werden. Damit wird sichergestellt, daß den Krankenkassen bei der Umsetzung des neuen Rechts erfahrene Führungskräfte zur Verfügung stehen.

**Zu Artikel 31 (§ 14)**

Mit dieser Übergangsregelung wird dem Vertrauensschutz für Rentner und Rentenantragsteller, die bereits auf Grund freiwilliger Versicherungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, Rechnung getragen.

**Zu Artikel 32 (§ 1)**

Die Beiträge von pflichtversicherten Rentenbeziehern aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen werden 1994 noch im Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner berücksichtigt. Die Änderung stellt sicher, daß sie für den Risikostrukturausgleich in der allgemeinen Krankenversicherung im gleichen Zeitraum außer Betracht bleiben.

**Zu Artikel 32 (§ 2)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die das Gewollte deutlich macht.

**Zu Artikel 32 (§ 3)**

Es wird sichergestellt, daß das Verfahren zur Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse nach § 267 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung auch im Geschäftsjahr 1993 in den alten und neuen Ländern getrennt durchgeführt wird.

**Zu Artikel 33****Zu Absatz 3**

Redaktionelle Anpassung.

**Zu Absatz 3 b**

Das Inkrafttreten der Vorschrift über die Vereinigungsmöglichkeiten für Ersatzkassen (§ 168 a SGB V) wird ein Jahr vorgezogen, um insbesondere den Arbeiterersatzkassen Gelegenheit zur Schaffung

wettbewerbsfähiger Strukturen zu geben, bevor die Versicherten ihr Wahlrecht ausüben können.

**Zu Absatz 4**

Nur die Regelung zum Durchschnittswert in § 257 Abs. 2 Satz 2 SGB V, die mit der erst ab 1. Januar 1996 geltenden Erweiterung des Kassenwahlrechts zusammenhängt, soll am 1. Januar 1996 in Kraft treten.

**Zu Absatz 5**

Fehlerkorrektur.

**Zu Absatz 7**

Weil Budgetierungen durch dieses Gesetz nur für drei Jahre vorgesehen sind und die endgültige Veränderungsrate für das letzte Budgetierungsjahr zum 1. Juli 1996 festgestellt wird, ist es sachgerecht, die Vorschrift zum 31. Dezember 1996 außer Kraft treten zu lassen.

**Zu Absatz 8**

Die Vorschrift soll klarstellen, daß die Finanzausgleiche (§§ 265, 265 a SGB V), der Risikostrukturausgleich (§ 266 SGB V) und die für den Risikostrukturausgleich erforderliche Datenerhebung (§ 267 SGB V) nicht mehr für das Beitrittsgebiet getrennt durchgeführt werden, wenn die Bezugsgröße im Beitrittsgebiet 90 vom Hundert der Bezugsgröße in den alten Ländern überschreitet. Die Trennung kann erst mit Wirkung des Folgejahres aufgehoben werden, weil die neuen Bezugsgrößen in der Regel erst im Dezember des Vorjahres bekanntgegeben werden.

Bonn, den 2. Dezember 1992

**Der Ausschuß für Gesundheit**

**Dr. Dieter Thoma**

Vorsitzender

**Dr. Paul Hoffacker**

Berichterstatter

**Klaus Kirschner**

**Dr. Bruno Menzel**

