

Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
— Drucksachen 12/6958, 12/7558 —

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften — GKV-Anpassungsgesetz — (GKV-AnpG)

Bericht des Abgeordneten Dr. Paul Hoffacker

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf — Drucksache 12/6958 — in seiner 216. Sitzung am 10. März 1994 dem Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und dem Innenausschuß sowie dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur Mitberatung überwiesen. Der Innenausschuß teilte in seiner Stellungnahme vom 27. April 1994 mit, daß er dem Gesetzentwurf zugestimmt habe.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung in seiner 92. Sitzung aufgenommen. Am 13. April 1994 hat er eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchgeführt, zu der Vertreter folgender Organisationen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bundesverband der Praxiskliniken, Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten, Bundesverband für ambulantes Operieren e. V., Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Zentralverein für homöopathische Ärzte, Deutsches Rotes Kreuz, Gewerkschaft der Sozialversicherung im DBB, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung Ber-

lin, Marburger Bund — Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V., ÖTV Hauptverwaltung, Seekasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV — Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, als Sachverständige geladen waren. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen. Der Ausschuß hat die Beratung in der 100. und 101. Sitzung fortgesetzt. In der 101. Sitzung haben die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. umfangreiche Änderungsanträge eingebracht.

In der 102. Sitzung am 27. April 1994 beschloß der Ausschuß gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD, am 9. Mai 1994 eine weitere öffentliche Anhörung zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. durchzuführen. Zu dieser Anhörung waren Vertreter folgender Institutionen: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V., Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte der Allgemeinmedizin Deutschlands e. V., Berufsverband für den Rettungsdienst e. V., Bundesfachverband für Arzneimittelhersteller, Bundesknappschaft, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bundesverband der Orts-

krankenkassen, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Bundesverband der Praxiskliniken, Bundesverband für ambulantes Operieren e. V., Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutsche Zentrale für Luftrettung, Deutscher Feuerwehrverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Malteser-Hilfsdienst e. V., Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV — Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, als Sachverständige geladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD waren nicht grundsätzlich gegen diese Anhörung, die sie vielmehr auch für notwendig hielten. Sie sprachen sich aber heftig gegen die kurzfristige Terminierung in einer sitzungsfreien Woche aus. Weiter protestierten sie dagegen, daß die Beratung schon am Montag, dem 16. Mai 1994, in einer Sondersitzung im Ausschuß abgeschlossen werden sollte. Es sei nicht ausreichend Gelegenheit, in einer Woche das Wortprotokoll der Anhörung auszuwerten, sofern es denn vorliegen sollte. Das Wortprotokoll lag am Mittag des Mittwochs, dem 11. Mai 1994, vor.

Der Ausschuß hat dem Gesetzentwurf in der Fassung der Beschlußempfehlung — Drucksache 12/7558 — mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste und des Mitglieds der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt.

2. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 hat in Artikel 5 Nr. 1 das beamtenähnliche System der Dienstordnungsanstellung bei den Krankenkassen ab dem 1. Januar 1993 in der Weise abgeschafft, daß grundsätzlich keine neuen Dienstordnungsverträge mit Angestellten abgeschlossen werden dürfen. Der Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat bereits in den Beratungen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Auffassung geäußert, daß der Übergang vom Dienstordnungssystem zu rein privatrechtlichen Dienstverhältnissen Folgeregelungen erfordere, um Nachteile für die verbleibenden Dienstordnungsangestellten zu vermeiden. Diese Folgeregelungen enthält der vorliegende Gesetzentwurf. Darüber hinaus enthält er notwendige Korrekturen des Gesundheitsstrukturgesetzes, die vor allem redaktioneller und klarstellender Natur sind, und präzisiert die gesetzliche Ermächtigung für die Abgrenzungsverordnung im Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge konzentrieren sich auf vier Bereiche. Auch für die Pflichtversicherten soll die Möglichkeit der Kostenerstattung eröffnet werden. Die hausärztliche Versorgung wird durch die zeitlich befristete Einführung einer Mindestvergütung in Höhe von 90 Punkten gestärkt. Das ambulante Operieren wird durch das Vorziehen der für 1995 vorgesehenen Budgeterhöhung auf das Jahr 1994 gefördert. Die Möglichkeit der Bildung von Festbeträgen für die Leistungen des Rettungsdienstes wird verbessert.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Übereinstimmend vertrat der Ausschuß die Auffassung, daß bei der Frage des Dienstordnungsrechts und der Finanzierung der Instandhaltungsinvestitionen bei den Krankenhäusern Regelungsbedarf besteht. Erheblicher Dissens ergab sich bei der Beurteilung der Änderungsanträge und hinsichtlich der Gestaltung des Beratungsverfahrens.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. betonten, daß es für die Ungleichbehandlung der Pflichtversicherten und der freiwillig Versicherten keine plausible Begründung gebe. Deshalb brachten sie den Änderungsantrag ein, der die Möglichkeit der Kostenerstattung auch für die Pflichtversicherten eröffnet. Dabei wiesen sie darauf hin, daß nach den mit den Erprobungsregelungen gemachten Erfahrungen damit zu rechnen sei, daß diese Möglichkeit ohnehin nur von einer sehr kleinen Zahl von Versicherten in Anspruch genommen werde.

Dies hätten auch die Anhörungen eindeutig ergeben. Aus der Erprobungsregel solle eine reguläre Regelung werden. Keinesfalls sei damit ein Abwenden von dem Vorrang des Sachleistungsprinzips verbunden. Weiter betonten sie, daß mit der Regelung die Kostenerstattung der privatärztlichen Behandlung ausgeschlossen werde. Weiter seien die im Rahmen der Kostenerstattung übernommenen Leistungen Teil des Gesamtbudgets.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. unterstrichen, daß die hausärztliche Versorgung gefördert werden müsse. Dazu ständen die Mittel, die im Laborbereich eingespart worden sind, in Höhe von knapp 600 Mio. DM zur Verfügung. Daneben solle das betreffende Budget um den gleichen Betrag erhöht werden. Damit solle den Hausärzten eine Mindestvergütung in Höhe von 90 Punkten gewährt werden. In Geld ausgedrückt führe dies zu einer Mehreinnahme bei den Hausärzten von etwa 8 DM pro Patient und Quartal. Diese Förderung müsse man realistischerweise auch vor dem Hintergrund der sinkenden Punktwerte sehen.

Bei den ambulanten Operationen sei die Klage laut geworden, daß der Punktwert durch die erhöhte Fallzahl zu stark abgesunken sei. Die Leistungen sanken unter das Existenzminimum der Ärzte ab. Deshalb brachten sie einen Änderungsantrag ein, nach dem die für 1995 vorgesehenen Steigerungen

des Budgets schon auf das Jahr 1994 vorgezogen werden.

Bei der Inanspruchnahme der Leistungen des Rettungsdienstes hätten die Kommunen die Preise in der letzten Zeit außerordentlich stark angehoben, ohne daß dem entsprechende Kostensteigerungen gegenüberständen. Dem solle ein Riegel vorgeschoben werden, indem die Kassen gemeinsam und einheitlich Festbeträge festsetzen können. Diese seien dann sowohl für die Kommunen als auch die freien Leistungsanbieter verbindlich. Ferner habe sich der Eindruck verfestigt, daß den Anbietern, die zu geringeren als den kommunalen Preisen anbieten wollten, keine Genehmigungen erteilt werden, da die Genehmigungsbehörde im Regelfall die Kommune selbst sei, die aber selber als Leistungsanbieter auftrete. Diesem Mißstand solle durch den Antrag abgeholfen werden.

Durch einen weiteren Antrag solle die Refinanzierung zukünftiger Forschungsergebnisse auf dem Arzneimittelmarkt erleichtert werden. Dies sei vor dem Hintergrund des Forschungsstandorts Bundesrepublik Deutschland zu sehen. Einzuräumen sei, daß wegen geringfügiger molekularer Variationen Patente erteilt würden, die medizinisch nicht immer einen Fortschritt bedeuteten. Auf der anderen Seite gebe es aber überzeugende Beispiele, bei denen die schrittweise Verbesserung eines Arzneimittels mit der jeweiligen Patenterteilung dazu führe, daß es nach medizinischer Verantwortlichkeit nicht mehr verantwortbar sei, das vielleicht zehn Jahre alte Originalpräparat heute noch zu verschreiben.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD kritisierten die Hektik des Beratungsverfahrens. Es sei nicht genügend Zeit gewesen, die Anhörungen gründlich auszuwerten. Zu den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten Änderungsanträgen stellten sie klar, daß diese nach ihrer Ansicht wesentlich von den in Lahnstein gefundenen Vereinbarungen abwichen. In Lahnstein sei damals auch vereinbart worden, daß Abweichungen nur im Konsens zwischen den drei beteiligten Fraktionen vorgenommen werden sollten. Hier handele es sich um einen eklatanten Bruch dieser Vereinbarungen.

Wenn es denn überhaupt unabweisbare Gründe gebe, die unterschiedliche Behandlung der Pflichtversicherten und der freiwillig Versicherten aufzuheben, dann wäre dies viel einfacher mit einem generellen Ausschluß der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen. Dies werde auch dem Vorrang des Prinzips der Sachleistung gerecht. Auch wenn einzuräumen sei, daß sich vermutlich nur eine sehr geringe Zahl der Versicherten für die Kostenerstattung entscheiden werde, handele es sich doch gewissermaßen um einen qualitativen Sprung. Die Sozialpolitiker aller Parteien seien die Hüter der sozialpolitischen Qualität der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb könne man hier nicht kurzfristig unter rein pragmatischen Gesichtspunkten vorgehen. Zur Verteidigung des Sachleistungssystems müsse man geschlossen antreten.

Grundsätzlich unterstützten die Mitglieder der Fraktion der SPD die Förderung des ambulanten Operie-

rens und die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung. Dies sei in Lahnstein auch so vereinbart worden. Sie kritisierten aber die vorgesehene Erhöhung des Budgets in Höhe von knapp 600 Mio. DM zu Lasten der Beitragszahler. Vor dem Hintergrund der Diskussion um den Industriestandort Deutschland sei zu fragen, ob es sinnvoll sei, den Beitragszahlern neue Lasten aufzubürden.

Hier sei mehr die innerärztliche Solidarität gefordert. Durch Umschichtungen und Verbesserungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen könnten Einsparungen erzielt werden, die dann der hausärztlichen Versorgung zugute kommen könnten. Sie sahen in der Budgeterhöhung in gewisser Weise eine Belohnung der Umsetzungsblockade durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es sei ein historisches Faktum, daß die Umsetzungen sehr zögerlich erfolgt seien.

Sie hielten die vorgesehene Möglichkeit der Bildung von Festbeträgen bei den Leistungen der Rettungsdienste als kein geeignetes Mittel, den besorgniserregenden Kostensteigerungen Herr zu werden. Wenn Festbeträge festgelegt würden, dann müsse der betroffene Patient, wenn der Leistungserbringer ein höheres Entgelt als den Festbetrag fordere, den Differenzbetrag zuzahlen. Dabei könne es sich im Einzelfall um erhebliche Beträge handeln. Gerade der Unfallverletzte habe überhaupt keine Chance, sich einen geeigneten Rettungsdienst auszusuchen. Hier müßten andere Lösungen gefunden werden, beispielsweise von Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern.

Hinsichtlich des Patentschutzes vertraten die Mitglieder der Fraktion der SPD die Auffassung, der Schutz werde schon durch das geltende Recht gewährt. Es müsse allerdings verhindert werden, daß Arzneimittel wegen laufender geringfügiger Änderungen permanent unter Patentschutz gestellt würden. Durch den Änderungsantrag würden die großen forschenden Firmen unter einen besonderen Schutz gestellt. Es sei schlimm genug, daß in Lahnstein eines der wenigen effektiven Elemente des Gesundheits-Reformgesetzes durch die Zuzahlung aufgeweicht worden sei. Es sei die Absicht aller gewesen, daß die Umsetzungsstufen 2 und 3 der Festbetragsregelung erleichtert und nicht erschwert werden sollten.

B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuß angenommenen Änderungsanträgen ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1a

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß Personen, die zuletzt vor der Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit

waren, die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht erfüllen. Diese Klarstellung ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 29. Juni 1993 — 12 RK 48/91 — erforderlich geworden. Die Änderung stellt die Rechtslage wieder her, die nach überwiegender Rechtsauffassung und der Praxis der Krankenkassen vor dem Urteil bestanden hat.

Zu Buchstabe b

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen ausländische Familienangehörige von Mitgliedern ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wird von den Krankenkassen unterschiedlich beurteilt. Die Regelung dient der Klarstellung und der Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unstreitig war auch bisher, daß bei Personen mit einer Aufenthaltsberechtigung oder Aufenthaltserlaubnis grundsätzlich von einem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland auszugehen ist, weil diese Aufenthaltstitel einen auf Dauer angelegten Aufenthalt in Deutschland gestatten. Die Vorschrift stellt insbesondere für Asylbewerber oder Bürgerkriegsflüchtlinge klar, daß auch bei einem rechtmäßigen oder geduldeten tatsächlichen Inlandsaufenthalt von mindestens 24 Monaten die Voraussetzung nach Nummer 1 erfüllt ist. Rechtmäßig ist der Aufenthalt, wenn eine Aufenthaltsbewilligung (§§ 28, 29 des Ausländergesetzes), Aufenthaltserlaubnis (§ 30 des Ausländergesetzes) oder eine Aufenthaltsgestattung (§ 55 des Asylverfahrensgesetzes) erteilt wurde. Geduldet ist der Aufenthalt, wenn eine Duldung (§§ 51 bis 56 des Ausländergesetzes) erteilt wurde. Die Mindestdauer von 24 Monaten entspricht den ausländerrechtlich üblichen Befristungen bei Aufenthaltsgenehmigungen, die keinen dauerhaft gesicherten Aufenthalt ermöglichen.

Zu Nummer 2

Die pflichtversicherten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sehen in der allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeit der Kostenerstattung ein ungerechtfertigtes Privileg. Unabweisbare Gründe, die Differenzierung beizubehalten, gibt es nicht.

Nach Wortlaut und Sinn der Kostenerstattungsregelung bleibt es der freiwilligen Entscheidung der Versicherten überlassen, ob sie die Kostenerstattung wählen. Keinesfalls dürfen sie von dem Leistungserbringer in ihrer Entscheidungsfreiheit durch unangemessene Einflußnahme dazu gedrängt werden, sich für die Kostenerstattung zu entscheiden.

Die Behandlung der Versicherten bleibt auch bei der Wahl der Kostenerstattung vertragsärztliche Versorgung. Die gesetzlichen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung müssen daher auch bei der Kostenerstattung eingehalten werden. Dann ist es nur konsequent, auch die Behandlung, die über Kostenerstattung abgerechnet wird, in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einzubeziehen.

Der Versicherte muß die Wahl der Kostenerstattung seinem Leistungserbringer wie auch seiner Krankenkasse als denjenigen, die es angeht, bekanntgeben.

Zu Nummer 4a

Die Regelung stellt sicher, daß Versicherte, die eine nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörende Versorgungsform bei Füllungen wählen, von der Krankenkasse den Kostenanteil als Sachleistung erhalten, der bei einer Versorgung mit plastischen Füllungsmaterialien — z. B. Glasionomerzemente, Amalgam, Composites — aufzuwenden wäre. Die darüber hinausgehenden Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen.

Die Mehrkosten bestimmen sich aus der Differenz der nach der amtlichen Gebührenordnung bemessenen Vergütung für Einlagefüllungen und der für die entsprechende Zahnfüllung vorgesehenen vertragszahnärztlichen Vergütung. Die vertraglichen Vergütungen sind zusammen mit notwendigen weiteren konservierend-chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen mit den Krankenkassen als Sachleistungen abzurechnen.

Zu Nummer 6a

Für zukünftige Forschungsergebnisse wird die Refinanzierung auf dem Arzneimittelmarkt erleichtert.

Zu Nummer 8a

Nach der bis zum 31. Dezember 1988 gültigen Rechtslage wurde hinsichtlich des Krankengeldanspruchs bei Zubilligung von Erwerbsunfähigkeitsrente und Altersruhegeld danach unterschieden, ob die Rente vor oder nach dem Krankengeldanspruch begann (§ 183 Abs. 3 und 4 RVO). § 50 Abs. 1 SGB V i. d. F. des Gesundheits-Reformgesetzes übernahm nur die Regelung des § 183 Abs. 3 RVO, nicht jedoch den in § 183 Abs. 4 RVO für Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrente oder Vollrente wegen Alters vorgesehenen sechswöchigen Krankengeldanspruch. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben deshalb die Auffassung vertreten, daß in jedem Fall vom Beginn der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen an kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.

Der Auslegung der Spitzenverbände der Krankenkassen ist das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 15. Dezember 1993 — 1 RK 25/93 — nicht gefolgt. Das Bundessozialgericht hält § 50 Abs. 1 SGB V nur in den Fällen für anwendbar, in denen der Bezug der in dieser Vorschrift genannten Leistungen erst nach Entstehung des Krankengeldanspruchs beginnt; ein erst nach Leistungsbeginn entstandener Krankengeldanspruch könne mangels Identität mit dem Leistungsbezug nicht entfallen.

Ein zeitlich deckungsgleicher Bezug von mehreren Lohnersatzleistungen ist sozialpolitisch nicht sinnvoll. Um den gleichzeitigen Bezug von Leistungen i. S. von § 50 Abs. 1 SGB V und Krankengeld zu vermeiden, ist die Änderung von Überschrift und Wortlaut der Vorschrift erforderlich. Danach wird jeglicher Krankengeldbezug neben den in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen ausgeschlossen.

Mit der Regelung in Absatz 1 Satz 4 wird klargestellt, daß bei Wegfall der Erwerbsunfähigkeitsrente oder des Altersruhegeldes ein neuer Krankengeldanspruch entsteht, wenn eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld besteht.

Zu Nummer 10a

Durch die Neuregelung in § 13 Abs. 2 wird allen Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, Kostenerstattung zu wählen. Eine Rechtsgrundlage für Erprobungsregelungen in diesem Bereich ist daher nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 13

Die Regelung stellt klar, daß die Gesamtvergütung alle Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen (außer zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen) umfaßt, unabhängig von den Zahlungswegen, auf denen diese Leistungen vergütet werden.

Zu Nummer 13 Buchstabe a02

Das Teilbudget für ambulante Operationen wird im Jahr 1994 zusätzlich zur Steigerung entsprechend der Entwicklung der Grundlohnsumme um 20 vom Hundert, statt, wie bisher vorgesehen, um 10 vom Hundert erhöht; dafür entfällt die für 1995 vorgesehene zusätzliche Steigerung um 10 vom Hundert. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß derzeit ein Nachholbedarf im Bereich der ambulanten Operation besteht, der bis 1995 abzubauen ist.

Zu Nummer 13 Buchstabe a03

Durch die Regelung werden zusätzliche Mittel zur Finanzierung der hausärztlichen Grundvergütung bereitgestellt. Die von den Vertragspartnern durch Einsparungen im Laborbereich nach § 87 Abs. 2b bereitgestellten Mittel zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütung werden dadurch verdoppelt.

Zu Nummer 13 Buchstabe d

Die Regelung stellt sicher, daß die mit der Änderung zu § 85 Abs. 3a Satz 8 erhöhte Gesamtvergütung nur der hausärztlichen Vergütung zugute kommt.

Zu Nummer 13a

Die Regelung stellt sicher, daß die Einsparungen im Laborbereich gemäß § 85 Abs. 4a Satz 1 und das durch die Änderung zu § 85 Abs. 3a Satz 8 zusätzlich bereitgestellte Finanzvolumen zur Gewährleistung einer bestimmten Mindesthöhe der hausärztlichen Grundvergütung verwendet werden.

Zu Nummer 17a

Folgeänderung zum Wegfall des Abschlags für fehlende Wirtschaftsprüfungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V geltender Fassung.

Zu Nummer 18a

Die Vorschrift erleichtert den Krankenkassen die Festsetzung von Festbeträgen für Leistungen des Rettungs- und Krankentransports, bei denen die Entgelte nach landes- oder kommunalrechtlichen Bestimmungen bzw. hierdurch bedingte Schiedsamtentscheide festgelegt wurden. Sie schafft damit die Voraussetzungen für eine wettbewerbliche Gestaltung der Anbieterstrukturen und stellt klar, daß die im Geltungsbereich der festgelegten Entgelte tätigen Krankenkassen vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Festsetzung von Festbeträgen auch dann nutzen können, wenn aufgrund bestehender Strukturen keine Preisdifferenzierung erfolgt.

Um die Markttransparenz und den Wettbewerb zu fördern, haben die Krankenkassen die Versicherten, die Vertragsärzte und Krankenhäuser über Leistungserbringer, die bereit sind, die Leistungen zum Festbetrag oder zu niedrigeren Preisen durchzuführen, durch geeignete Maßnahmen zu informieren.

Zu Nummer 18b

Die Einführung von Regeln für den Ablauf der Sitzungen und zum Verfahren der Konzentrierten Aktion durch das Bundesministerium für Gesundheit soll die Funktion dieses Gremiums als wirksames Beratungsinstrument der Gesundheitspolitik sicherstellen. Die Verfahrensregeln sollen dazu beitragen, daß die Konzentrierte Aktion ihrer in Absatz 1 umschriebenen Aufgabe, „medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten sowie Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen miteinander abzustimmen“, gerecht werden kann. Gerade die letzten Sitzungen der Konzentrierten Aktion haben gezeigt, daß diese Funktion ohne Verfahrensregeln nicht erfüllt werden kann und deshalb Vorschläge und Empfehlungen in den letzten Jahren kaum noch zustande kamen. Deshalb erscheint eine Rechtsgrundlage für einen entsprechenden Erlaß des zuständigen Ministeriums unverzichtbar.

Zu Nummer 22a

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger rechtzeitig über einen Kassenwechsel von Rentenbeziehern zu informieren. Im übrigen wird der Wortlaut der Vorschrift redaktionell an die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes angepaßt.

*Zu Nummer 23a**Zu Absatz 1*

Die Vorschrift ersetzt den bisher für den Beitrag aus Renten Versicherungspflichtiger geltenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz durch den Beitragssatz der einzelnen Krankenkassen und zieht damit die notwendigen Folgerungen aus der Ablösung des bisherigen Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner durch den Risikostrukturausgleich. Änderungen der anzuwendenden Beitragssätze werden nur zum Zeitpunkt der Rentenanpassung wirksam, damit der Rentenversicherung unzumutbarer Verwaltungsaufwand erspart bleibt. Dem gleichen Ziel dient Satz 3, der auch Fälle eines Kassenwechsels ohne Ausübung des Wahlrechts durch Kündigung zum Ende des Kalenderjahres nach § 175 Abs. 4 SGB V regelt. Diese sind insbesondere bei Kassenwechsel durch Änderung des Wohn- oder Beschäftigungsortes möglich. Mit der Formulierung „vergleichbare Gründe“ wird klargestellt, daß bei einem Wechsel im Rechtskreis Ost/West innerhalb von bundesunmittelbaren Krankenkassen entsprechend zu verfahren ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift geht von einem maschinellen Datenübertragungsverfahren aus und schafft eine Rechtsgrundlage für Regelungen von Einzelfragen durch die Verbände von Rentenversicherung und Krankenkassen oder ggf. durch die beteiligten Bundesministerien.

Zu Absatz 3

Die Übergangsregelung ist erforderlich, weil die Rentenversicherung die notwendigen verwaltungstechnischen Änderungen nicht vor Mitte 1997 vollziehen kann.

Die Neuregelung des § 247 trägt einem Anliegen des Bundesrates Rechnung.

Zu Nummer 23b

Die Vorschrift stellt sicher, daß auch für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen der Beitragssatz jeder einzelnen

Krankenkasse anzuwenden ist (vgl. Begründung zu § 247 Abs. 1). Die Regelung tritt zum 1. Januar 1996 in Kraft, da auch die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Wahlrechte erstmals von diesem Zeitpunkt an ausgeübt werden können. Den Zahlstellen für die Versorgungsbezüge wird damit ein ausreichender Zeitraum zur Vorbereitung der verwaltungstechnischen Umsetzung eingeräumt. Aus § 202 Satz 4 SGB V folgt die Verpflichtung der Krankenkassen, der Zahlstelle den anzuwendenden Beitragssatz mitzuteilen.

*Zu Nummer 23c**Zu Absatz 3*

Die Regelung stellt sicher, daß die Aufteilung der von den Trägern der Rentenversicherung an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gezahlten Beiträge auf die Krankenkassen entsprechend dem allgemeinen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse erfolgt. Die Vorschrift schreibt keine Einzelheiten über die Form der Nachweise vor, die die Rentenversicherungsträger den Krankenkassen über die einbehaltenen Beiträge zu liefern haben. Es wird davon ausgegangen, daß die Beteiligten Näheres über das anzuwendende Verfahren vereinbaren.

Zu Absatz 4

Die Übergangsregelung berücksichtigt, daß eine Bemessung der Beiträge aus Renten nach dem Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse erst ab 1997 möglich ist, weil die hierfür erforderlichen Datengrundlagen bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern erst noch geschaffen werden müssen. Durch die Übergangsregelung erhalten die Krankenkassen im Ergebnis Beiträge etwa in der Höhe, wie sie sie bei Anwendung des individuellen Beitragssatzes erhalten. Für die Übergangszeit zahlen die Rentner — wie bisher — noch Beiträge aus ihrer Rente unter Anwendung eines durchschnittlichen Beitragssatzes.

Die Regelung trägt einem Anliegen des Bundesrates Rechnung.

Zu Nummer 25a

Die Übermittlung der Angaben zu den im Wege der Kostenerstattung vergüteten ärztlichen Leistungen an die Kassenärztliche Vereinigung ist notwendige Voraussetzung für eine Einbeziehung dieser Beträge in die Gesamtvergütung (§ 85) und in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen (§ 106).

Zu Nummer 26a

Die Festlegung auf einen fünfstelligen Schlüssel für die Angabe der Operationen soll aufgehoben werden,

um eine flexible, dem Ziel der Kosten- und Leistungstransparenz entsprechende Ausgestaltung des Schlüssels zu ermöglichen. Insbesondere ist eine weitergehende Differenzierung bei der Angabe der durchgeführten Operationen notwendig bei der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Zu Nummer 26b

Durch die Verschiebung der gesetzlich vorgegebenen Frist für den Eintritt des Vergütungsausschlusses soll die Einführung der zur Zeit noch in Vorbereitung befindlichen 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ermöglicht werden.

Zu Nummer 27

Durch § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V wird die mit dem Einigungsvertrag festgesetzte Trennung der gesetzlichen Krankenkassen in Ost und West für das Land Berlin vom 1. Januar 1995 an aufgehoben. Es wird klargestellt, daß Berlin von diesem Zeitpunkt an ein einheitliches Vertragsgebiet wird und der Ostteil Berlins bei der Anwendung der genannten Bestimmungen zum Rechtskreis West gehört.

Die alte Regelung des § 306 Abs. 3 Satz 3 SGB V führt dazu, daß vom 1. Januar 1995 an für den Ostteil Berlins unterschiedliche Geringverdienergrenzen zugrunde zu legen sind, in der Krankenversicherung die des Rechtskreises West und in der Renten- und Arbeitslosenversicherung die des Rechtskreises Ost. Die Folge dieser unterschiedlichen Grenzen wäre eine Mehrbelastung der Arbeitgeber auch in beitragsrechtlicher Hinsicht. Denn die Arbeitgeber müßten aus einem im Ostteil Berlins ausgeübten Beschäftigungsverhältnis ggf. allein die Beiträge zur Krankenversicherung tragen, während die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte aufzubringen wären. Wenn gleich dies nur für einen geringen Anteil der Beschäftigten gelten würde, sollte die Mehrbelastung der Arbeitgeber in verwaltungs- und beitragsmäßiger Hinsicht vermieden werden. Die Erweiterung des Ausnahmekatalogs des § 308 Abs. 3 erster Halbsatz SGB V um die Bestimmung des § 313 Abs. 6 SGB V stellt sicher, daß im Ostteil Berlins über den 31. Dezember 1994 hinaus in allen Sozialversicherungszweigen die bisherige Geringverdienergrenze einheitlich weitergilt.

Der einheitliche Rechtskreis für die Krankenversicherung im Lande Berlin erfordert einheitliche Berechnungen des Krankengeldes sowie der Beiträge und der Grenzen der Sozialklauseln. Deshalb werden die Sonderregelungen für die Berechnung des Krankengeldes im Beitrittsgebiet ebenso ausgeschlossen wie die Anwendung der — niedrigeren — Bezugsgröße-Ost, so daß die Bezugsgröße-West (§ 19 Abs. 1 SGB IV) gilt.

Zu Artikel 1 a

Zu Nummer 1

Folgeänderungen zur Änderung des § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Nummer 2

Krankenkassen und ihren Verbänden, die an der bisherigen Organisation der Selbstverwaltung mit einem hauptamtlichen Geschäftsführer und einem ehrenamtlichen Vorstand festhalten wollen, wird die Möglichkeit hierzu eröffnet. Die Spitzenverbände haben vorab für ihre Kassenart einen entsprechenden Beschluß zu treffen. Wegen der weitreichenden Wirkung dieser Beschlüsse auf die Organisation der Krankenkassen und ihre Verbände ist eine qualifizierte Mehrheit von zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. Das zweistufige Verfahren mit einer Vorentscheidung des Spitzenverbandes sichert innerhalb einer Kassenart gleiche Organisationsbedingungen.

Zu Artikel 1 b

Zu Nummer 1

Folgeänderungen zur Änderung des § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Inhaltlich keine Änderung des bestehenden Rechts. Zur Ermittlung der verfügbaren Standardrente ist weiterhin die Berücksichtigung des halben durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen notwendig. Die Ergänzung im Hinblick auf den Beitragsanteil des Rentners zur Pflegeversicherung erfolgte bereits im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes.

Zu Nummer 2

Absatz 2 regelt die Höhe des Zuschusses für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichert sind. Bisher entspricht die Höhe des monatlichen Zuschusses dem Betrag, den der Träger der Rentenversicherung als Krankenversicherungsbeitrag für pflichtversicherte Rentner zu tragen hat. Da ab 1. Juli 1997 der hierfür maßgebende durchschnittliche allgemeine Beitragssatz durch einen kassenindividuellen Beitragssatz ersetzt werden soll, bedarf es einer Neuregelung. Es wird deshalb bestimmt, daß für diesen Personenkreis weiterhin der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz gelten soll, wobei im wesentlichen der Wortlaut des bisherigen § 247 SGB V übernommen wird.

Zu Artikel 1 c

Folgeänderung zur Neufassung des § 247 SGB V.

Zu Artikel 1 d**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe a**

Die Neuregelung überträgt die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Dabei ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Krankenkassen der einzig mögliche Bemessungsmaßstab, weil eine Feststellung durchschnittlicher Beitragssätze von Ortskrankenkassen auf Landesebene wegen der Änderung des § 248 SGB V nicht mehr getroffen wird. Auch der Krankenversicherungsbeitrag der Studenten wird auf der Grundlage des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes aller Krankenkassen errechnet.

Zu Buchstabe b

Notwendige Folgeänderung aus der Änderung des § 247 SGB V.

Der in § 39 Abs. 2 Satz 2 für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen neu geregelte Beitragsmaßstab wird für die Bemessung der Beiträge aus Renten übernommen (vgl. im übrigen die Begründungen zu §§ 247, § 248 und 255 SGB V).

Zu Nummer 2

Die Neuregelung stellt sicher, daß die neuen Bemessungsgrundlagen für Beiträge aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen Versicherungspflichtiger (§ 39 Abs. 2 Satz 2) für diese Einnahmearten auch dann gelten, wenn sie von Altenteilern erzielt werden.

Zu Artikel 2**Zu Nummer 2 a**

Der aufsichtliche Genehmigungsvorbehalt in § 354 Abs. 5 Satz 1 letzter Halbsatz RVO ist entbehrlich und kann ersatzlos gestrichen werden. Die praktische Bedeutung des § 354 Abs. 5 ist ohnehin gering und eine mißbräuchliche Anwendung, die eine aufsichtsbehördliche Mitwirkung erfordert, nicht zu erwarten. Sie entspricht einem Vorschlag des Bundesrates.

Zu Artikel 3 a

Durch ambulantes Operieren im Krankenhaus — anstelle stationärer Aufnahme und Operation — entfallen Personalstellen in der stationären Krankenpflege nach Maßgabe der Pflege-Personalregelung. Um Operationen ambulant durchführen zu können, benötigen die Krankenhäuser andererseits Krankenpflegepersonal in der Ambulanz (Funktionsdienst). Die Regelung ermöglicht es, im stationären Bereich eingesparte Stellen während der Geltung des festen Budgets für das ambulante Operieren zu verwenden, soweit dies erforderlich ist.

Die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus wird gefördert, ohne daß es zu Personalmehrkosten im Verhältnis zur stationären Durchführung von Operationen unter Anwendung der Pflege-Personalregelung kommt. Die ambulanten Operationen werden ohnehin innerhalb des festen Budgets finanziert und gegen dieses im Wege des Erlösabzugs verrechnet.

Zu Artikel 7 a**Zu Nummer 1****Zu § 15**

Ziel der Neuregelung der Vorversicherungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner durch Artikel 1 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes war, die beitragsrechtlichen Vorteile der Krankenversicherung der Rentner nur den Personen zukommen zu lassen, deren Vorversicherungszeiten auf einer Pflichtmitgliedschaft beruhten. Wer die Vorversicherungszeit als freiwilliges Mitglied erfüllt hat, soll auch als Rentner als freiwilliges Mitglied zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Dieses Ziel wird bei den Personen nicht erreicht, die nach Erfüllung der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Vorversicherungszeit aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind und bei denen am Tag der Rentenantragstellung oder des Rentenbezugs eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht besteht. Es war nicht Absicht des Gesetzgebers, diesen Personenkreis, der seit dem 1. Januar 1993 nicht mehr Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner werden kann, auch von einer erneuten freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen. Dem Vertrauensschutz von Personen, die neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung waren, soll durch die Neuregelung Rechnung getragen werden. Das Beitrittsrecht wird auf drei Jahre befristet, weil nach diesem Zeitpunkt eine Erfüllung der Vorversicherungszeit von Personen, die am 1. Januar 1993 nicht Mitglied waren, nicht mehr möglich ist.

Zu § 16

Nach § 35 a SGB IV werden die Krankenkassen vom 1. Januar 1996 ab von einem hauptamtlichen Vorstand

verwaltet. Das Gesetz enthält keine Übergangsregelung für die Geschäftsführer und deren Stellvertreter, die nicht in den Vorstand gewählt werden; die Vorschrift ist insoweit eine Klarstellung, die einem Vorschlag des Bundesrates folgt.

Zu Nummer 2

Die Regelung berücksichtigt, daß durch die Zusammenschlüsse von Ortskrankenkassen, durch die Einführung des Risikostrukturausgleichs und die bereits seit 1993 geltenden Kassenwahlmöglichkeiten (§ 183 Abs. 6 SGB V) eine Gefährdung des Bestands oder der Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen durch die Errichtung einer Betriebs- oder Innungskassenkasse ab 1995 nicht mehr zu erwarten ist.

Außerdem wird das Inkrafttreten der Vorschrift über die erleichterte Vereinigungsmöglichkeit für Betriebskrankenkassen vorgezogen, um den Betriebskrankenkassen die Gelegenheit zur organisatorischen Vorbereitung auf die am 1. Januar 1996 in Kraft tretenden Kassenwahlrechte und den hierdurch verstärkten Wettbewerb zu geben. Sie tritt zum gleichen Zeitpunkt in Kraft wie die Vorschrift über die Vereinigung von Ersatzkassen (Artikel 1 Nr. 113 des Gesundheitsstrukturgesetzes).

Zu Artikel 7 b

Ziel der Neuregelung der Vorversicherungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner durch Artikel 1 Nr. 1 und Artikel 25 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes war, die beitragsrechtlichen Vorteile der Krankenversicherung der Rentner nur den Personen zukommen zu lassen, deren Vorversicherungszeiten auf einer Pflichtmitgliedschaft beruhten. Wer die Vorversicherungszeit als freiwilliges Mitglied erfüllt hat, soll auch als Rentner als freiwilliges Mitglied zur Beitragsbemessung herangezogen werden.

Für beim Rentenantrag nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen, die die genannten Vorversicherungszeiten zwar nach altem (sog. Halbbelegung als Mitglied), nicht aber nach neuem Recht (sog. Halbbelegung als Pflichtmitglied) erfüllen, besteht Rechtsunklarheit, ob ein freiwilliger Beitritt möglich ist. Die Änderung stellt deshalb klar, daß dieser Personenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied beitreten kann. Sie trägt dem Vertrauensschutz der betroffenen Personen Rechnung. Da die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch die sog. Halbbelegung nur bis zum 31. Dezember 1993 möglich war, wird die Beitrittsberechtigung auf die Dauer von drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes beschränkt.

Bonn, den 16. Mai 1994

Dr. Paul Hoffacker

Berichterstatter

