

Gesetzentwurf

der Fraktion der SPD

Entwurf eines Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II)

A. Problem

Mit den Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993 wurden die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend umgestaltet und an wettbewerblichen Prinzipien orientiert. Zentrales Instrument dabei war die freie Wahl der Krankenkasse für jeden Versicherten. Die entscheidenden Reformelemente des GSG sollten in den Jahren 1996 und 1997 wirksam werden. Die dazu notwendigen Vorbereitungen der Exekutive sind jedoch entweder nur zögerlich eingeleitet oder ganz unterlassen worden. Zum Teil sind sie – wie die Streichung der Arzneimittelliste aus dem Krankenversicherungsrecht zeigt – sogar revidiert worden. Die aktuelle Finanzkrise der Krankenkassen ist die direkte Konsequenz dieser verfehlten Politik.

B. Lösung

Um Zeit für die Ergänzung und Fortschreibung des Gesundheitsstrukturgesetzes zu erreichen, hatte die Fraktion der SPD den Entwurf eines Gesundheitsstruktur-Konsolidierungsgesetzes eingebracht, das die Ausgabenbegrenzung der Krankenkassen, die am 31. Dezember 1995 ausgelaufen ist, in allen Versorgungsbereichen um ein Jahr bis Ende 1996 verlängert. In dieser Zeit kann die Fortschreibung der Strukturreform erfolgen. Der vorliegende Entwurf eines Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes nimmt nun diese Fortschreibung vor. Er sieht dabei im Krankenversicherungsrecht folgende Maßnahmen vor:

- Einführung einer globalen, an der Veränderung des Bruttoinlandsproduktes orientierten Ausgabenbegrenzung der Krankenkassen auf Dauer;
- Organisationsreform der kassenärztlichen Selbstverwaltung entsprechend den für die Krankenversicherung mit dem GSG eingeführten Prinzipien;

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Stärkung der Stellung der Hausärzte innerhalb des Gesamtrahmens der Vertragsärzteschaft;
- Intensivierung der Prävention;
- bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungskreis;
- Weiterentwicklung des Festbetragskonzepts in der Arzneimittelversorgung zu einem Verhandlungsmodell für Krankenversicherung und pharmazeutische Hersteller;
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung mit schrittweiser, beitragsneutraler Einführung der Finanzierungsmonistik durch die Krankenversicherung bis zum Jahre 2007;
- Neuordnung der Verantwortung für die Krankenhausbedarfs- und Investitionsplanung durch Festlegung einer einvernehmlichen Gesamtverantwortung von Ländern und Krankenkassen.

C. Alternativen

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. auf Drucksache 13/3608).

D. Kosten

- Bis zum Jahre 2007 kontinuierliche und stufenweise Entlastung der Landeshaushalte um die Investitionskostenförderung für Krankenhäuser;
- Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Entwurf eines Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II)

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
Artikel 5	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 7	Zweite Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 8	Änderung des Sozialgerichtsgesetzes
Artikel 9	Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
Artikel 10	Überleitungsvorschriften
Artikel 11	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
Artikel 12	Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Krankenkassen wirken bei der Verhütung arbeits- und umweltbedingter Gesundheitsgefahren mit.“

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort

„Unfallversicherung“ die Worte „und den für den Umweltschutz zuständigen Stellen“ eingefügt und das Wort „Arbeitsbedingungen“ durch die Worte „Umwelt- oder Arbeitsbedingungen“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Krankenkasse hat Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten nach Maßgabe der Rahmenvereinbarungen nach Absatz 4 zu erbringen.“

bb) Satz 2 wird gestrichen.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „nach Satz 1 und 2“ durch das Wort „dadurch“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Krankenkassen haben bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung mit den Gesundheitsämtern, den auf diesen Gebieten bereits tätigen und erfahrenen Ärzten, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, zusammenzuarbeiten. Über die Durchführung der Maßnahmen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen.“

2. In § 23 Abs. 6 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 40 Abs. 5“ ersetzt.

3. In § 31 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 anhand von Präparategruppen, in welchen Fällen die Zuzahlung für chronisch Kranke herabgesetzt oder aufgehoben wird.“

4. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, der Arzneimittelhersteller sowie der Apotheker, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können.“

b) Absatz 1 Satz 5 wird gestrichen.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Zusätzlich zu der in Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Anhörung ist auch Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis vor dem Erlass der Verordnung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; bei der Beurteilung von Arzneimitteln“

teln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Der Bundesminister für Gesundheit setzt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der betroffenen Arzneimittelhersteller den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Für die Stellungnahme der Sachverständigen gilt Absatz 2 entsprechend.“

e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich mit den betroffenen Arzneimittelherstellern auf der Grundlage der nach Absatz 1 vorgenommenen Gruppeneinteilung abweichend von Absatz 3 einen Festbetrag festsetzen.“

f) In Absatz 5 wird Satz 4 gestrichen.

g) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Die Anpassung der Festbeträge erfolgt gemeinsam und einheitlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die betroffenen Arzneimittelhersteller. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen.“

h) Absatz 7 wird wie folgt gefaßt:

„(7) Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Für die Überprüfung der Gruppeneinteilung nach Absatz 1 Satz 1 bis 3 sowie die Festsetzung der Festbeträge nach Absatz 3 gilt § 54 a des Sozialgerichtsgesetzes. Eine gesonderte Klage gegen die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“

5. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Angaben „(§ 115 a)“ und „(§ 115 b)“ gestrichen.

b) In Absatz 3 wird das Wort „Landeskrankenhausesgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausesvereinigung“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „11 Deutsche Mark“ durch die Angabe „12 Deutsche Mark“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

6. § 40 Abs. 5 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr voll-

endet haben, zahlen je Kalendertag 12 Deutsche Mark an die Einrichtung.“

7. In § 61 Abs. 2 Nr. 3 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. ein chronisch Kranker nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Sinne des § 31 Abs. 4 Satz 3 mehr als zwei Verordnungen im Jahr erhält.“

8. In § 63 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Verfahren“ die Worte „und Formen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung innerhalb eines Landes“ eingefügt.

9. § 64 wird gestrichen.

10. § 65 wird gestrichen.

11. § 67 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Gesundheitsversorgung“.

b) In Satz 1 werden nach der Angabe „2.“ die Worte „Maßnahmen durchführen oder“ eingefügt und die Worte „oder sie fördern“ gestrichen.

12. § 71 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach diesem Kapitel dürfen sich jährlich grundsätzlich höchstens um den Vorhundertersatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied verändern. Die Vorhundertsätze sind für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt zu ermitteln. Vereinbaren die Vertragspartner den Abschluß davon abweichender Veränderungen der Vergütung, haben sie diese Vereinbarungen dem zuständigen Schiedsamt vorzulegen. Dabei haben die Vertragspartner darzulegen, daß die Vereinbarung dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität entspricht und die Krankenkassen oder ihre Landesverbände nachzuweisen, daß die Vereinbarung die Einhaltung des für die Krankenkasse geltenden Budgets (§ 260 a Abs. 2) nicht gefährdet. Das zuständige Schiedsamt hat die Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage mit den Stimmen des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder zu bestätigen. Vorgelegte Vereinbarungen gelten erst nach Bestätigung durch das Schiedsamt. Versagt das Schiedsamt die Bestätigung, gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarungen bis zum Abschluß einer neuen Vereinbarung weiter.“

13. § 73 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „1995“ durch die Angabe „1997“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird gestrichen.

- b) Nach Absatz 1 c wird folgender Absatz eingefügt:

„(1d) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundeskrankenhausvereinigung vereinbaren zur Verbesserung der Leistungsstruktur und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im medizinisch-technischen Bereich Grundsätze über eine weitestgehende Integration ambulanter und stationärer Leistungen.“

14. Nach § 73 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 73 a

Neue vertragsärztliche Versorgungsformen

(1) Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt auch Leistungen nach § 73 Abs. 2 im Rahmen neuer kooperativer Versorgungsformen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen dazu mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Rahmenverträge schließen insbesondere über Formen vernetzter Praxen, erweiterter Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren sowie über Hausarztmodelle. Dabei können kombinierte Budgets als Obergrenze der Ausgaben für die ärztlichen und die ärztlich veranlaßten und verordneten Leistungen vereinbart werden. Auf der Grundlage der Rahmenverträge können auch Einzelverträge mit Vertragsärzten, Gruppen von Vertragsärzten und Krankenhäusern geschlossen werden.

(2) Versicherten kann nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse ein Bonus gewährt werden, wenn sie mindestens ein Jahr ausschließlich im Rahmen kooperativer Versorgungsformen tätige Leistungserbringer und von diesen verordnete oder veranlaßte Leistungen in Anspruch nehmen und die Versorgungsform zu nachgewiesenen Einsparungen geführt hat. Die Krankenkasse hat die Einhaltung der Voraussetzungen für die Bonusleistung zu überprüfen. Aus den erzielten Einsparungen kann die Krankenkasse auch einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform verwenden. Das Nähere ist in den jeweiligen Vereinbarungen nach Absatz 1 zu regeln.

(3) Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten, daß die Gesamtvergütungen nach § 85 und die Budgets nach § 84 entsprechend den in den Vereinbarungen nach Absatz 1 als Obergrenze zugrunde gelegten Beträgen vermindert werden. Nehmen beteiligte Versicherte vertragsärztliche Leistungen außerhalb dieser Versorgungsform in Anspruch, ist die Obergrenze nach Satz 1 entsprechend zu mindern. Das Nähere ist in den Rahmenverträgen nach Absatz 1 zu regeln.

(4) Krankenkassen und deren Verbände dürfen Eigeneinrichtungen nach § 140 zur Durchführung von Versorgungsformen nach Absatz 1 errichten sowie Verträge mit Vertragsärzten, Grup-

pen von Vertragsärzten und Krankenhäusern als Erprobungsregelung und Modellvorhaben nach den §§ 63 und 67 schließen, wenn Vereinbarungen nach den Absätzen 1 und 3 nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung zum Vertragsabschluß zustande kommen. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(5) Für die Abrechnung der Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 gilt § 295 Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß die Angaben an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln sind.“

15. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

e) In Absatz 6 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung hat“ und das Wort „ihnen“ durch das Wort „ihr“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Worte „sie haben“ durch die Worte „sie hat“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung hat“ ersetzt.

g) In Absatz 8 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen verwalten den Fonds zur Förderung der Weiterbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin für die hausärztliche Versorgung.“

16. § 76 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 73 a Abs. 4 bleibt unberührt.“

b) Satz 4 wird gestrichen.

17. Die Überschrift des Zweiten Titels des Zweiten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefaßt:

„Kassenärztliche Vereinigungen“.

18. § 77 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigung“.

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

„Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte sowie die ärztlichen, die psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (Psychotherapeuten) für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Ordentliche Mitglieder der für den Ort ihrer Zulassung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die zugelassenen Ärzte sowie die zugelassenen Psychotherapeuten. Außerordentliche Mitglieder der für die Führung des Arztregisters zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die in das Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzte.“

- d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

- e) In Absatz 5 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

- f) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gliedern sich in Sektionen für Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte sowie Psychotherapeuten.“

19. In § 78 Abs. 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

20. § 79 wird wie folgt gefaßt:

„§ 79 Organe

(1) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.

(2) Der Verwaltungsrat besteht aus 30 Mitgliedern, wobei Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten entsprechend ihrer Zahl, mindestens aber durch je drei Mitglieder im Verwaltungsrat vertreten sind. Bei insgesamt über 5 000 zugelassenen Ärzten und Psychotherapeuten erhöht sich die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrats auf 40, wobei jede Sektion mindestens durch vier Mitglieder vertreten ist, bei über

10 000 auf 50, wobei jede Sektion mindestens durch fünf Mitglieder vertreten ist, sowie bei über 15 000 auf 60, wobei jede Sektion mindestens durch sechs Mitglieder vertreten ist. Die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestimmt die Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates, wobei die Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte sowie Psychotherapeuten mindestens durch je sechs Mitglieder vertreten sind. Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht aus höchstens 70 Mitgliedern.

(3) Die Vertreter der Sektion im Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bilden den Verwaltungsrat der jeweiligen Sektion.

(4) Der Vorstand verwaltet die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmen. In der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand kann bestimmt werden, daß auch einzelne Mitglieder des Vorstandes die Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertreten können.

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

(6) Der Vorstand besteht aus je einem Mitglied für die Sektion Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte sowie Psychotherapeuten. Die Sektionen werden gerichtlich und außergerichtlich durch ihr jeweiliges Mitglied im Vorstand vertreten.

(7) Für die Haftung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.“

21. § 79 a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Worte „Widerspruch und“ durch das Wort „die“ ersetzt.

- b) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dies umfaßt auch die Befugnis, Maßnahmen nach § 81 Abs. 5 zu verhängen.“

22. § 80 wird wie folgt gefaßt:

„§ 80 Wahlen

(1) Die Mitglieder der Sektionen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen getrennt nach ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder des Verwaltungsrates.

(2) Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf Grund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen getrennt nach Wahlkreisen. In diesem Fall hat jeder Wahlberechtigte eine Stimme. In einem Wahlkreis, für den nur ein gültiger Wahlvorschlag eingegangen ist, erfolgt die Wahl unter den Bewerbern dieses Wahlvorschlags nach den Grundsätzen der relativen Mehrheitswahl. In diesem Fall hat jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie in diesem Wahlkreis

Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen sind. Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen Mitglieder in dem Verwaltungsrat vertreten, höchstens aber mit einem Fünftel der Mitglieder des Verwaltungsrates. Die Vertreter der ordentlichen Mitglieder jedes Verwaltungsrates wählen aus dem Kreis der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung getrennt nach den jeweiligen Sektionen in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Entsprechendes gilt für die außerordentlichen Mitglieder.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsrates jeder Sektion wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl das jeweilige Vorstandsmitglied.

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden für sechs Jahre gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluß des sechsten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zu ihrer Wiederwahl oder bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt."

23. § 81 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „die Vertreterversammlung“ durch die Worte „der Verwaltungsrat“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 werden die Worte „der Vertreterversammlung“ durch die Worte „des Verwaltungsrates“ ersetzt.
- c) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
„9. Verteilungsmaßstab der Gesamtvergütung.“
- d) In Absatz 3 Nr. 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

24. § 82 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Worten „mit den“ die Worte „Sektionen der“ eingefügt.

25. § 83 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „die Kassenärztlichen Vereinigungen“ durch die Worte „die Sektionen der Kassenärztlichen Vereinigungen“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:
„(1a) Soweit medizinisch-technische Leistungen von Angehörigen solcher Arztgruppen erbracht werden, die vom Patienten nicht

unmittelbar in Anspruch genommen werden dürfen, ist in den Gesamtverträgen festzulegen, nach welchen Grundsätzen diese Leistungen fixkostenorientiert leistungsabhängig zu vergüten sind.“

26. § 84 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden nach der Nummer 4 ein Komma gesetzt und folgende Nummer eingefügt:
„5. Beträge entsprechend den Vereinbarungen über integrierte Versorgungsverträge nach § 73a.“
- b) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:
„Überschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung der Überschüsse treffen. Vereinbarungen, die eine andere Verwendung als für Zwecke der Strukturverbesserung der vertragsärztlichen Versorgung vorsehen, sind nicht zulässig.“

27. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
„(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge mit den Sektionen der Kassenärztlichen Vereinigung für die jeweilige vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung die entsprechenden Gesamtvergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Worte „Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag“ durch die Worte „Gesamtvergütungen wird in den Gesamtverträgen“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
„Zur Förderung der Weiterbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin für die hausärztliche Versorgung wird eine Pauschale außerhalb der Gesamtvergütungen entrichtet. Sie beträgt jeweils 0,5 vom Hundert der von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütungen. Die Vertragsparteien vereinbaren Näheres.“
- c) Absatz 2a wird gestrichen.
- d) Absatz 2b wird gestrichen.
- e) In Absatz 3 werden die Worte „des Gesamtvertrages“ durch die Worte „der Gesamtverträge“ ersetzt.
- f) Die Absätze 3a, 3b und 3c werden gestrichen.
- g) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Der Vertei-

lungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen und unterschiedliche Fallzahlen oder Fallwerte oder Unterschiede in den Leistungsarten sowie arztgruppenspezifische Unterschiede in den Kostenstrukturen und in den überweisungsabhängigen Leistungen berücksichtigen, soweit dadurch sachlich ungegerechtfertigten Vergütungsunterschieden entgegen gewirkt werden kann."

h) Absatz 4 a wird gestrichen.

i) In Absatz 4 b werden die Sätze 3 bis 5 gestrichen.

j) In Absatz 4 e wird Satz 2 gestrichen.

k) Die bisherigen Absätze 4 b bis 4 f werden Absätze 4 a bis 4 e.

28. In § 86 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

29. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die nur von hausärztlich tätigen Vertragsärzten abrechenbaren Leistungen, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die fachärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen; der einheitliche Bewertungsmaßstab für die nur von hausärztlich tätigen Vertragsärzten erbrachten Leistungen ist spätestens zum 1. Januar 1998 in Kraft zu setzen.“

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, hat der Bundesminister für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest. Absatz 5 Satz 2 gilt.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt“

durch die Worte „die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe bestimmen“ ersetzt.

c) Absatz 2 a wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die nur von hausärztlich tätigen Vertragsärzten abrechenbaren Leistungen und die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die fachärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die hausärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind weit überwiegend als patienten- und fallbezogene Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen zu fassen. Dabei ist der Schwerpunkt auf patientenbezogene Pauschalvergütungen zu legen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist und insbesondere der Gesundheitsförderung und Prävention dient, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung); dabei ist eine angemessene Höhe der hausärztlichen Grundvergütung festzulegen. Die Vergütung für fachärztliche Leistungen bei Erstinanspruchnahme ohne Überweisung durch den Hausarzt ist um 20 vom Hundert abzusenken. Satz 6 gilt nicht für Leistungen der Fachärzte für Gynäkologie, Orthopädie, Augen-, Hals-, Nasen-, Ohren- und Hautkrankheiten. Die Regelungen sind spätestens zum 1. Januar 1998 in Kraft zu setzen.“

d) Absatz 2 b wird wie folgt gefaßt:

„(2b) Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend den Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 neu zu ordnen. Dabei sind insbesondere die Bewertungen für Zahnersatzleistungen zugunsten zahnerhaltender und präventiver Maßnahmen anzupassen; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31. Dezember 1997 nicht zustande, hat der Bundesminister für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen. Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest. Absatz 5 Satz 2 gilt.“

e) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der jeweiligen Sektion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertreter.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit für den jeweiligen einheitlichen Bewertungsmaßstab Aufgabenbereiche anderer Sektionen berührt sind, sind Vertreter dieser Sektionen mit beratender Stimme hinzuzuziehen.“

f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der jeweiligen Sektion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie zwei Mitglieder gemeinsam von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannt.“

bb) Satz 4 wird gestrichen.

30. In § 88 Abs. 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ durch die Worte „Sektion für Zahnärzte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ ersetzt.

31. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Vereinbarungen über die Gesamtvergütung darf das Schiedsamt die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen jährlich höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied verändern.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Sektionen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt (Landesschiedsamt).“

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Worte „oder Psychotherapeuten“ eingefügt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Vereinigungen“ durch die Worte „Sektionen der Kassenärztlichen Vereinigungen“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Sektionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ ersetzt.

32. Nach § 89 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 89a

Schiedsämter für die Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung

(1) Kommt ein Vertrag über die Preise für Heilmittel nach § 125 oder Preise für Hilfsmittel nach § 127 Abs. 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zustän-

digen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamtes vorläufig weiter. Das Schiedsamt darf bei seiner Entscheidung die Vergütung für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen jährlich höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied verändern. § 89 Abs. 1a gilt entsprechend.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer einerseits und der Krankenkassen andererseits in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Kommt eine Einigung über die Vertreter der Leistungserbringer nicht zustande, erfolgt die Berufung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. § 89 Abs. 6 gilt entsprechend.

(3) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Vertreter der maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer einigen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, gilt § 89 Abs. 3 Satz 3 bis 6 entsprechend. Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht.

„§ 89b

Schiedsamt für die Arzneimittelversorgung

(1) Kommt eine Festsetzung oder Anpassung der Festbeträge nach § 35 Abs. 4 oder Abs. 6 oder ein Vertrag über die Preise in der Arzneimittelversorgung nach § 130 Abs. 4 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Festbetrag oder den Vertragsinhalt fest. Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag über die Preise in der Arzneimittelversorgung, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt

fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamtes vorläufig weiter. § 89 Abs. 1a gilt entsprechend.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer sowie der Apotheker bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die Arzneimittelversorgung. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker einerseits und der Krankenkassen andererseits in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Kommt eine Einigung über die Vertreter der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker nicht zustande, erfolgt die Berufung durch den Bundesminister für Gesundheit.

(3) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisation der pharmazeutischen Industrie und der Arzneimittelhersteller sowie die Berufsvereinigungen der Apotheker einigen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, gilt § 89 Abs. 3 Satz 3 bis 6 entsprechend. Die Mitglieder des Schiedsamtes führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Aufsicht über das Schiedsamt führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht.

(5) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten."

33. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen sowie einen Bundesausschuß der Psychotherapeuten und Krankenkassen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „Vertretern der Ärzte“ durch die Worte „von der jeweiligen Sektion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt.“

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ ersetzt.

34. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil.“

b) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz eingefügt:

„(2b) Um die Zulassung zur fachärztlichen Versorgung kann sich jedes zugelassene Krankenhaus (§ 108) bewerben. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.“

c) In Absatz 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte angefügt: „oder in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist.“

35. § 96 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Worte „sowie die Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 1 bis 3 wie folgt gefaßt:

„Die Zulassungsausschüsse für Ärzte bestehen aus drei Vertretern der Krankenkassen, zwei Vertretern der Ärzte und einem Vertreter der Krankenhäuser. Die Zulassungsausschüsse für Zahnärzte bestehen aus drei Vertretern der Krankenkassen und drei Vertretern der Zahnärzte. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Vertreter der Krankenhäuser von den Landeskrankenhausvereinigungen bestellt.“

c) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausvereinigungen entsprechend ihrer Beteiligung im Zulassungsausschuß getragen.“

- d) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Ärzte“ ein Komma gesetzt und das Wort „Krankenhäuser“ eingefügt.
36. § 97 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Worte „sowie die Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen entsprechend der Zusammensetzung nach § 96 Abs. 2 Satz 1 und 2.“
- bb) In Satz 3 werden nach den Worten „Kassenärztlichen Vereinigungen“ ein Komma gesetzt und das Wort „Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
- c) In Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „Ärzte“ ein Komma gesetzt und das Wort „Krankenhäuser“ eingefügt sowie nach den Worten „Kassenärztlichen Vereinigungen“ die Worte „die Landeskrankenhausvereinigungen und“ eingefügt.
37. In § 98 Abs. 2 Nr. 15 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
- „16. die Voraussetzungen für die Zulassung von Krankenhäusern zur fachärztlichen Versorgung.“
38. § 99 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Worte „und den Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Krankenhausplanung“ durch die Worte „der Versorgungsstrukturen im stationären Bereich“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Worte „sowie den Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
39. In § 101 werden in Satz 1 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
- „4. Vorgaben, unter denen Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung zum Zwecke der Verbesserung der Leistungsstruktur und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 73 Abs. 1 d) erfolgen sollen.“
40. § 102 wird wie folgt geändert:
- „(1) Vom 1. Januar 2000 an erfolgt die Zulassung auf Grund von Bedarfskriterien, die gesetzlich festgelegt werden. Die zur Bedarfsdeckung erforderlichen Versorgungsstrukturen werden auf der Grundlage des notwendigen Umfangs gesundheitlicher Versorgung nach Planungsstufen und -regionen gegliedert. Dabei werden für die ambulante Versorgung hausärztliche und fachärztliche Versorgungssitze gebildet und die jeweilige Zahl festgelegt. Die Bundesausschüsse haben in Richtlinien Kriterien für die Zuordnung von Praxen, ärztlichen Zusammenschlüssen sowie Zusammenschlüssen zwischen Ärzten und Vertretern anderer an der Gesundheitsversorgung beteiligter Berufsgruppen zu den Versorgungssitzen zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieser Kriterien ist bedarfsorientiert die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen sowie Zusammenschlüssen zwischen Ärzten und Vertretern anderer an der Gesundheitsversorgung beteiligter Berufsgruppen zu fördern. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Bedarfskriterien nach Satz 1 führen würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen.“
- (2) Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Beauftragung geeigneter wissenschaftlicher Institute die erforderlichen Datengrundlagen für die gesetzliche Festlegung der Bedarfskriterien nach Absatz 1 erstellen zu lassen und entsprechende Empfehlungen bis spätestens 31. Dezember 1998 den gesetzgebenden Körperschaften zuzuleiten. Die Bundesausschüsse sind vor der Auftragsvergabe und bei der Auswertung der Ergebnisse anzuhören.“
41. In § 103 Abs. 2 werden die Worte „unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten“ gestrichen.
42. § 106 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Vereinigungen“ die Worte „sowie die Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigungen“ die Worte „und den Landeskrankenhausvereinigungen“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Vereinbarungen nach Satz 4 schließen.“
- c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 4 und 5“ ersetzt und nach der Angabe „Absatz 2“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 4 und 5“ ersetzt und nach dem Wort „Vereinigungen“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Ausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen entsprechend der Zusammensetzung nach § 96 Abs. 2 Satz 1 und 2.“

e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ ein Komma gesetzt und die Worte „das Krankenhaus“ eingefügt.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Ärzte“ ein Komma gesetzt und das Wort „Krankenhäuser“ eingefügt.

43. § 108 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvvertrag nach § 109 abgeschlossen haben.“

b) Nummer 3 wird gestrichen.

44. Nach § 108 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 108a

Krankenhausvereinigungen

(1) Die Landeskrankenhausvereinigung ist der Zusammenschluß der Träger der zugelassenen Krankenhäuser im Land. In der Bundeskrankenhausvereinigung sind die Landeskrankenhausvereinigungen zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausvereinigungen angehören. Die Landeskrankenhausvereinigungen und die Bundeskrankenhausvereinigung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(2) Die von den Landeskrankenhausvereinigungen und der Bundeskrankenhausvereinigung geschlossenen Vereinbarungen, deren Abschluß den Krankenhausvereinigungen durch Gesetz oder Verordnung übertragen worden ist, sind für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich.

(3) Die Landeskrankenhausvereinigungen und die Bundeskrankenhausvereinigung nehmen die ihnen durch Gesetz oder Verordnung übertragenen Aufgaben der Krankenhausversorgung wahr.

§ 108b

Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen

(1) Die Aufsicht über die Bundeskrankenhausvereinigung führt der Bundesminister für Gesundheit, die Aufsicht über die Landeskrankenhausvereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

§ 108c

Selbstverwaltungsorgane

(1) Selbstverwaltungsorgane der Landeskrankenhausvereinigungen und der Bundeskranken-

hausvereinigung sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Vorstandsmitglieder.

(3) Für die Haftung der Mitglieder des Vorstandes gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.

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

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

§ 108d

Wahlen

(1) Die Mitgliederversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl

1. aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden,
2. die Mitglieder des Vorstandes,
3. den Vorsitzenden des Vorstandes und stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes.

(2) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Krankenhausvereinigungen werden für sechs Jahre gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluß des sechsten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zu ihrer Wiederwahl oder bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt.

§ 108e

Satzung

Die Mitgliederversammlung beschließt die Satzung. Die Satzung bedarf der Genehmigung der

Aufsichtsbehörde. Sie muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Krankenhausvereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Selbstverwaltungsorgane,
3. Öffentlichkeit und Mitgliederversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
7. Änderung der Satzung,
8. Art der Bekanntmachungen.“

45. § 109 wird wie folgt gefaßt:

„§ 109

Abschluß von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen einheitlich und gemeinsam unter Einhaltung der Festlegungen des Krankenhausrahmenplans nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern, deren Träger Mitglied der Landeskrankenhausvereinigung sind. Die Verträge sind für alle Krankenkassen unmittelbar verbindlich. Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nur, soweit dies für die Umsetzung des Krankenhausrahmenplans unverzichtbar ist.

(2) Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

(3) Der Abschluß eines Versorgungsvertrages ist der für die Rahmenplanung zuständigen Landesbehörde vorzulegen. Die Behörde kann den Abschluß innerhalb von drei Monaten nach Vorlage beanstanden, wenn er die Krankenhausrahmenplanung nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beeinträchtigt. Der Abschluß wird wirksam, wenn keine Beanstandung erfolgt.

(4) Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrages.

(5) Bei Krankenhäusern, die am 31. Dezember 1996 als Plankrankenhäuser in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen waren, gilt ein Versorgungsvertrag längstens bis zum 31. Dezember 2001 als abgeschlossen. Bei Krankenhäusern, die vor dem 1. Januar 1997 einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatz-

kassen abgeschlossen haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. § 110 findet Anwendung.

(6) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhaus-träger Entgeltverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu führen.“

46. § 110 wird wie folgt gefaßt:

„§ 110

Kündigung von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

(1) Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 2 genannten Gründen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen.

(2) Die Kündigung ist der für die Rahmenplanung nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Die Behörde kann die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach Anzeige beanstanden, wenn sie die Krankenhausrahmenplanung beeinträchtigt. Die Kündigung wird wirksam, wenn keine Beanstandung erfolgt.“

47. In § 111 Abs. 4 wird Satz 3 gestrichen.

48. § 112 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigung“ ersetzt und die Worte „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land“ gestrichen.
- b) In Absatz 5 werden die Worte „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Bundeskrankenhausvereinigung“ ersetzt.

49. § 114 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort „Landeskrankenhausgesellschaften“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigungen“ ersetzt und die Worte „oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigung“ ersetzt.

50. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigung“ ersetzt und die

- Worte „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land“ gestrichen.
- b) In Absatz 5 werden die Worte „Deutsche Krankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Bundeskrankenhausvereinigung“ ersetzt.
51. § 115a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 werden die Sätze 1 bis 4 gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigung“ ersetzt und die Worte „oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und“ gestrichen.
- bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:
- „Die Vergütung ist zu pauschalieren und soll geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen.“
- cc) In Satz 3 werden die Worte „Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam“ durch das Wort „Bundeskrankenhausvereinigung“ ersetzt.
52. § 115b wird gestrichen.
53. In § 116 Satz 1 werden nach dem Wort „Weiterbildung“ die Worte „in besonderen Fachgebieten“ eingefügt.
54. § 122 wird gestrichen.
55. § 129 Abs. 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden die Worte „dem Bundesausschuß“ durch die Worte „dem Bundesminister für Gesundheit“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „Das Nähere zur Datenübermittlung an die Spitzenverbände der Krankenkassen regelt der Rahmenvertrag nach Absatz 2.“
56. § 130 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
- „Rabatt und Preisverhandlungen“.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(4) Die am . . . geltenden Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Fertigarzneimittel, die nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) gelten und für die am 1. Januar 1997 kein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, können nur durch einen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den betroffenen Arzneimittelherstellern verändert werden.“
57. In § 131 Abs. 4 werden die Worte „dem Bundesausschuß“ durch die Worte „dem Bundesminister für Gesundheit“ ersetzt.
58. In § 140 Abs. 2 werden in Satz 1 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und der folgende Halbsatz angefügt:
- „§ 73a Abs. 4 gilt.“
59. § 221 wird gestrichen.
60. § 222 wird gestrichen.
61. Nach § 260 wird folgender Paragraph eingefügt:
- „§ 260a
- Budgetierung der Mittelverwendung
- (1) Bei der Verwendung der Betriebsmittel ist mit Ausnahme der Ausgaben für Leistungen nach den §§ 44, 45 und 58 dieses Buches sowie nach den §§ 200 und 200b der Reichsversicherungsordnung der Rahmen des für die Krankenkasse geltenden Budgets zu beachten.
- (2) Ausgangsbasis für das Budget der Krankenkasse bildet das auf die Zahl der Mitglieder bezogene abgerechnete Haushaltsvolumen des Jahres 1995, das in den Folgejahren je Mitglied der Krankenkasse um die jeweilige Vorausschätzung der Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts nach § 270a angepaßt wird; Ausgleichszahlungen oder -verpflichtungen nach § 266 sind zusätzlich zu berücksichtigen. Liegt die bei der Aufstellung des Haushaltsplans zugrunde gelegte Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts unter der festgestellten endgültigen Veränderungsrate, kann die Abweichung bei der folgenden Aufstellung des Haushaltsplans berücksichtigt werden. Bei unvorhersehbaren Ereignissen insbesondere in der medizinischen Entwicklung kann der Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates abweichende Veränderungsrate für einzelne Haushaltsjahre festlegen.
- (3) Unvermeidliche Überschreitungen des Budgets sind von der Krankenkasse in den folgenden zwei Haushaltsjahren auszugleichen. Wird der Ausgleich nicht durchgeführt, hat der Landesverband die notwendigen Mittel zum Budgetausgleich bereitzustellen. Die Verpflichtung hat der Spitzenverband zu erfüllen, wenn der Landesverband nicht besteht oder die Krankenkasse keinem Landesverband angehört. Die Verpflichtung besteht nicht, wenn die Bereitstellung der Ausgleichsleistungen zur Budgetüberschreitung anderer Krankenkassen des Landes- oder Spitzenverbandes führen würde. Näheres über Finanzierung und Durchführung der Ausgleichsleistungen regelt die Satzung des Landes- und Spitzenverbandes. Die Satzung hat auch Bestimmungen über eine Erstattung von Ausgleichsleistungen vorzusehen und dabei Näheres zu Voraussetzungen, Umfang und Durchführung zu regeln.
- (4) Budgetüberschreitungen sind der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Die Aufsichtsbehörde kann durch eine Prüfungseinrichtung, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist, auf Kosten der Krankenkasse die Ursachen der Budgetüberschreitung

prüfen lassen. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf

1. die schuldhafte Verletzung von Haushaltsgrundsätzen durch die Selbstverwaltungsorgane oder Angestellte der Krankenkasse,
2. die wirtschaftliche und organisatorische Fähigkeit der Krankenkasse, in Zukunft ihre Ausgaben innerhalb des Budgets zu halten.

§ 88 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Überschreitet die Krankenkasse das Budget auch im dritten Folgejahr, hat die Aufsichtsbehörde eine entsprechende Prüfung auf Kosten der Krankenkasse durchführen zu lassen. In diesem Fall kann die Aufsichtsbehörde die Geschäfte der Krankenkasse auf deren Kosten bis zur Wiederherstellung einer ordnungsgemäßen Haushaltsführung selbst führen oder durch einen Beauftragten führen lassen.

(5) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, daß die Budgetüberschreitung auf vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verstößen der Selbstverwaltungsorgane oder der Angestellten der Krankenkasse gegen Haushaltsgrundsätze beruht, hat sie die Haftungsfrage zu prüfen. Ersatzansprüche werden für die Krankenkasse auf deren Kosten durch die Aufsichtsbehörde verfolgt.

(6) Die Krankenkasse kann bei Überschreitung des Budgets von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden, wenn eine Einhaltung des Budgets auch in den Folgejahren nicht mehr gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird."

62. In § 270a wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Der Bundesminister für Gesundheit trifft jeweils bis zum 15. November eine Vorausschätzung über die im folgenden Kalenderjahr zu erwartende Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts und stellt jeweils bis zum 1. Juli die endgültige Veränderungsrate für das Vorjahr fest."

63. § 284 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird Nummer 3 wie folgt gefaßt:

"3. Die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 223 bis 256), für Bonuszahlungen (§ 73a Abs. 2) sowie für Erprobungsregelungen und Modellvorhaben,".
- b) In Satz 2 werden die Worte "für die Rückzahlung von Beiträgen nach § 65 und" gestrichen.
- c) In Satz 3 werden die Worte "für die Rückzahlung von Beiträgen sowie" gestrichen.
- d) In den Sätzen 2 und 3 werden jeweils nach dem Wort "Zwecke" die Worte "und für Bonuszahlungen nach § 73a Abs. 2 sowie für Maßnahmen nach § 73a Abs. 4" eingefügt.

64. § 292 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung "(1)" wird gestrichen.
- b) Die Absätze 2, 3 und 4 werden gestrichen.

65. § 299 wird wie folgt gefaßt:

"§ 299

Abrechnungsdaten bei neuen Versorgungsformen

"Bei vertraglichen Vereinbarungen zur Durchführung neuer vertragsärztlicher Versorgungsformen nach § 73a Abs. 1 und 4 und bei der Schaffung von Eigeneinrichtungen nach § 73a Abs. 4 in Verbindung mit § 140 übermitteln die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die Nummern der teilnehmenden Ärzte und Versicherten. Nimmt ein Versicherter Leistungen bei einem Arzt in Anspruch, der nicht unter die Vereinbarungen und Maßnahmen nach Satz 1 fällt, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Versichertennummer, die Arztnummer und das Quartal der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Vereinbarungen und Maßnahmen nach Satz 1."

66. In § 301 Abs. 3 werden die Worte "Deutsche Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger" durch das Wort "Bundeskrankenhausvereinigung" ersetzt.

67. § 310 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird gestrichen.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe "und Abs. 7" gestrichen.
 - cc) Satz 3 wird gestrichen.
- c) Absatz 7 wird gestrichen.

Artikel 2

Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 73a Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten "Kassenärztlichen Vereinigungen" die Worte "oder deren Sektionen" eingefügt.
2. § 85 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort "Gesamtvergütung" durch das Wort "Gesamtvergütungen" ersetzt.
 - b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Sie wendet dabei den mit den Sektionen im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten jeweiligen Verteilungsmaßstab an."
 - c) In Satz 4 werden die Worte "der Verteilungsmaßstab soll" durch die Worte "die Verteilungsmaßstäbe sollen" ersetzt.

- d) In Satz 5 werden die Worte „der Verteilungsmaßstab kann“ durch die Worte „die Verteilungsmaßstäbe können“ ersetzt.
3. In § 87 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren“ durch die Worte „Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

In § 70 Abs. 5 Satz 1 wird die Angabe „1. November“ durch die Angabe „1. Dezember“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 32 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Im übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen, wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung, aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung oder wenn er in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt worden ist; die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist erforderlich.“
2. Folgeänderungen aus der Zulassung von Krankenhäusern zur fachärztlichen Versorgung.

Artikel 5

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

§ 32 Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt gefaßt:

„Im übrigen darf der Vertragszahnarzt aus Gründen der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung oder wenn er in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt worden ist, einen Vertreter oder einen Assistenten nur mit vorheriger Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung beschäftigen.“

Artikel 6

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird das Wort „Pflegesätzen“ durch das Wort „Entgelten“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichen.
2. In § 2 werden in Nummer 4 das Wort „Pflegesätze“ durch das Wort „Entgelte“ und in Nummer 5 das Wort „pflegesatzfähige“ durch das Wort „entgeltfähige“ sowie die Worte „im Pflegesatz“ durch die Worte „in den Entgelten“ ersetzt.
3. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 28 bleibt unberührt.“
4. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. ihre Investitionskosten nach Maßgabe dieses Gesetzes von den Krankenkassen getragen werden und sie“.
 - b) In Nummer 2 wird das Wort „Pflegesätzen“ durch das Wort „Entgelten“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Einrichtungen ohne Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen“.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Worte „nicht gefördert“ werden durch die Worte „die Investitionskosten von den Krankenkassen bei den folgenden Einrichtungen nicht getragen“ ersetzt.
 - bb) In den Nummern 4 und Nummer 5 wird das Wort „Krankenhausplanung“ jeweils durch das Wort „Krankenhausrahmenplanung“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

(2) Im Landesrecht kann bestimmt werden, daß im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die Investitionsfinanzierung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.“
6. § 6 wird wie folgt gefaßt:

„§ 6

Krankenhausrahmenplanung

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern Krankenhausrahmenpläne auf.

(2) Die Krankenhausrahmenpläne enthalten insbesondere die Festlegung von Versorgungsregionen sowie den landesweiten und regionalen Versorgungsbedarf für die stationären und teilstationären Behandlungsangebote. In die Krankenhausrahmenpläne werden im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern die entsprechenden Rahmenfestlegungen für die Kurkrankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen. Vertragsabschlüsse zur Umsetzung der Rahmenfestlegungen sind der für die Krankenhausrahmenplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen.

(3) Hat der Krankenhausrahmenplan in seiner Ausgestaltung für eine Planungsregion auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist er insoweit mit den Krankenhausrahmenplänen dieser Länder abzustimmen.

(4) Die Länder berücksichtigen bei ihrem Krankenhausrahmenplan die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, insbesondere mit dem Ziel, nach diesem Gesetz investitionsfinanzierte Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten.

(5) Das Nähere wird durch Landesrecht geregelt.“

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Landeskrankhausvereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind anzuhören.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Bei der Krankenhausrahmenplanung sind einvernehmliche Regelungen mit der Landeskrankhausvereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen anzustreben.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

8. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts wird wie folgt gefaßt:

„Grundsätze der Investitionsfinanzierung“.

9. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8

Investitionsfonds

(1) Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Investitionsfinanzierung nach diesem Gesetz wird von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, den privaten Krankenversicherungsunternehmen und dem Land ein gemeinsamer Investitionsfonds auf Landesebene gebildet.

(2) Der Fonds wird für die Zeit vom 1. Januar 1997 bis zum 31. Dezember 2006 bei der zuständigen obersten Landesbehörde geführt. Er wird ab dem 1. Januar 2007 bei einer Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen nach § 219 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geführt.

(3) Die Höhe des Investitionsfonds folgt für das jeweilige Jahr aus einem Basiswert zuzüglich einer jährlich fortzuschreibenden Steigerungsrate. Der Basiswert nach Satz 1 bestimmt sich nach der Summe der Finanzmittel, die vom Land im Jahre 1992 zur Investitionsförderung von nach diesem Gesetz in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) förderungsfähigen Krankenhäusern im Haushalt veranschlagt wurden. Der Wert nach Satz 2 verändert sich jährlich um den Hundertsatz, um den sich die nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied verändern. § 9 Abs. 2 Satz 4 gilt; die Höhe des Investitionsfonds ist entsprechend anzupassen. Abweichungen der vorläufigen von der tatsächlich eingetretenen Veränderungsrate nach Satz 3 sind nach der Bekanntgabe der endgültigen durchschnittlichen Veränderungsrate bei der Festlegung der Höhe der Investitionsfonds für das folgende Jahr zu berücksichtigen und auszugleichen.“

10. § 9 wird wie folgt gefaßt:

„§ 9

Finanzierung des Investitionsfonds

(1) Für die Jahre 1997 bis 2006 stellen das Land, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie die privaten Krankenversicherungsunternehmen gemeinsam die Ausstattung des Investitionsfonds mit Finanzmitteln in der sich aus § 8 Abs. 3 ergebenden Gesamthöhe nach Maßgabe von Absatz 2 sicher.

(2) Im Jahre 1997 bringt das Land die gemäß § 8 Abs. 3 erforderlichen Finanzmittel in den Fonds ein. Ab 1998 sinkt der Finanzierungsanteil des Landes in der nach § 8 Abs. 3 aufzubringenden Höhe für die nach § 9 Abs. 1 und 2 dieses Gesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) geförderten Investitionskosten jährlich um zehn Prozentpunkte; der entsprechende Finanzierungsanteil der von den Krankenkassen über ihre Landesverbände, die Verbände der Ersatzkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen bereitgestellten Mittel beträgt 1998 ein Zehntel und steigt ab 1999 jährlich um weitere zehn Prozentpunkte. Im Jahre 1998 sinkt der Finanzierungsanteil der Länder in der nach § 8 Abs. 3 aufzubringenden Höhe für die nach § 9 Abs. 3 dieses Gesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) geförderten Investitionskosten um 34 vom Hundert, in den beiden Folgejahren jeweils um weitere 33 vom Hundert; der entsprechende Finanzierungsanteil der in Satz 2 genannten Krankenkassen beträgt 1998 34 vom Hundert und steigt

im Folgejahr um weitere 33 vom Hundert. Ab dem Jahr 2000 erfolgt die Finanzierung der Investitionskosten nach Satz 3 außerhalb des Investitionsfonds nach Maßgabe der Regelungen des § 17 Abs. 2b.

(3) Erstmals für das Jahr 2007 sowie in den folgenden Jahren stellen die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Ausstattung des Investitionsfonds mit Finanzmitteln in vollem Umfang in der nach § 8 Abs. 3 aufzubringenden Höhe sicher. Gleichzeitig endet die Verpflichtung des Landes, mit Finanzmitteln zur Ausstattung des Investitionsfonds beizutragen.

(4) Zu dem von den Krankenkassen nach den Absätzen 2 und 3 aufzubringenden Finanzierungsanteil am Investitionsfonds hat die einzelne Krankenkasse entsprechend ihrem Mitgliederanteil im Verhältnis zum gesamten Mitgliederbestand aller Krankenkassen im Land Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Als Umlageschlüssel für das kommende Jahr gilt der tatsächliche Mitgliederbestand am 1. Januar des laufenden Jahres, der am 1. Juli des laufenden Jahres vom Bundesminister für Gesundheit bekanntgegeben wird.

(5) Das Land kann seinen sich aus Absatz 1 ergebenden Finanzierungsanteil am Investitionsfonds durch die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für den Investitionsfonds aufstocken; das Land kann auch zusätzlich Finanzmittel für Investitionen im stationären Bereich außerhalb des Investitionsfonds bereitstellen. Zusätzlich bereitgestellte Finanzmittel nach Satz 1 bleiben bei der Fortschreibung der Gesamthöhe des Investitionsfonds nach § 8 Abs. 3 unberücksichtigt."

11. § 10 wird wie folgt gefaßt:

„§ 10

Investitionsverträge

(1) Zur Umsetzung des Krankenhausrahmenplans nach § 6 haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam Investitionsverträge mit den Krankenhäusern nach § 108 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuschließen, deren Träger Mitglied der Landeskrankenhausvereinigung sind. Ein Anspruch auf Abschluß eines Vertrages besteht nur, soweit dies für die Umsetzung des Krankenhausrahmenplans unverzichtbar ist oder das Investitionsvorhaben in dem nach Absatz 5 vereinbarten Investitionsprogramm enthalten ist. Soweit die Länder auf der Grundlage von § 9 Abs. 1 und 2 dieses Gesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) im Wege der Einzelförderung Bewilligungen vor dem 1. Januar 1997 erteilt haben, gilt insoweit ein Investitionsvertrag als abgeschlossen. Die Finanzierung erfolgt in diesen Fällen aus Mitteln des Investitionsfonds.

(2) In den Verträgen sind insbesondere das Investitionsvorhaben sowie Art, Umfang und Zeit-

raum der Bereitstellung von Investitionsmitteln aus dem Investitionsfonds nach § 8 zu regeln.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 18a festgesetzt.

(4) Der Abschluß eines Investitionsvertrages ist der für die Rahmenplanung zuständige Landesbehörde vorzulegen. Die Behörde kann den Abschluß innerhalb von drei Monaten nach Vorlage beanstanden, wenn er die Krankenhausrahmenplanung nach § 6 beeinträchtigt. Der Abschluß wird wirksam, wenn keine Beanstandung erfolgt.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können einheitlich und gemeinsam unter Einhaltung der Festlegungen des Krankenhausrahmenplans nach § 6 auf Landesebene ein Investitionsprogramm vereinbaren. Ein Anspruch auf Aufnahme einzelner Investitionsvorhaben in das Investitionsprogramm besteht nicht. Absatz 4 gilt für die Vereinbarung eines Investitionsprogramms entsprechend."

12. § 11 wird wie folgt gefaßt:

„§ 11

Finanzierungstatbestände

(1) Finanzierungsfähig aus Mitteln des Investitionsfonds sind auf der Grundlage eines Investitionsvertrages nach § 10 Investitionskosten, die entstehen

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
3. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

(2) In den Jahren 1997 bis 1999 sind ferner Investitionskosten aus Mitteln des Investitionsfonds entsprechend der jeweiligen landesrechtlichen Regelungen finanzierungsfähig, die entstehen

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Investitionsfinanzierung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten vor dem 1. Januar 1996 aufgenommen worden sind,

4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Investitionsfinanzierung nach diesem Gesetz vorhanden waren,

5. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern sowie für kleine bauliche Maßnahmen.

Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(3) Die Investitionsfinanzierung ist nach Maßgabe dieses Gesetzes so zu bemessen, daß das Investitionsvorhaben nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen finanziert werden kann. § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

13. Die Überschrift des Dritten Abschnitts wird wie folgt gefaßt:

"Vorschriften über Krankenhausentgelte".

14. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

"Verordnung zur Regelung der Entgelte".

b) In Satz 1 Nr. 1 und 4 werden jeweils die Worte "Pflegesätze" durch die Worte "Entgelte" ersetzt, in Nummer 3 werden die Worte "Entgelte pflegesatzmindernd" durch die Worte "Nutzungsentgelte entgeltmindernd" und in Nummer 5 wird das Wort "pflegesatzfähigen" durch das Wort "entgeltfähigen" ersetzt; in den Nummern 2 und 4 werden jeweils die Worte "einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" gestrichen.

15. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort "Pflegesatzregelung" durch das Wort "Entgeltregelung" ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort "Pflegesätze" wird jeweils durch das Wort "Entgelte" ersetzt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

"Bei der Ermittlung der Entgelte ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Entgelte und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Wege von Krankenhausbetriebsvergleichen nach § 19 zu berücksichtigen."

c) Absatz 1 a wird gestrichen.

d) Absatz 2 a Satz 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

"Für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 1999 werden bundeseinheitlich Fallpauschalen und Sonderentgelte, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen zugrunde zu legen sind, durch die Rechtsverordnung nach

§ 16 Satz 1 Nr. 1 geregelt. Die Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 enthält hierbei die Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen."

e) Nach Absatz 2 a werden folgende Absätze eingefügt:

"(2b) Ab dem 1. Januar 2000 werden die Krankenhausleistungen nach einem abteilungsbezogenen Entgeltsystem mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen auf der Grundlage von Krankenhausbetriebsvergleichen nach § 19 vergütet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Bundeskrankenhausvereinigung schließen entsprechende Vereinbarungen. Das Entgeltsystem ist auf der Grundlage der Krankenhausbetriebsvergleiche nach § 19 fortlaufend weiterzuentwickeln. Die abteilungsbezogenen Entgelte haben auch Investitionszuschläge zu enthalten

1. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern sowie kleine bauliche Maßnahmen,

2. für die Nutzung von Anlagegütern,

3. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken,

4. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten vor dem 1. Januar 1996 aufgenommen worden sind,

5. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Finanzierung nach diesem Gesetz vorhanden waren.

Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht. Kommt eine Vereinbarung bis 30. Juni 1999 nicht zustande, bestimmt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu Inhalt und Ausgestaltung des abteilungsbezogenen Entgeltsystems.

(2c) Auf der Grundlage der bundesweiten Bewertungsrelationen vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausvereinigung in Deutsche Mark ausgedrückte Punktwerte zu den Bewertungsrelationen nach den Absätzen 2 a und 2 b. Die sich daraus ergebenden landesweit geltenden in Deutsche Mark ausgedrückten Entgelte sind Höchstpreise, die durch Vereinbarung zwischen den Krankenkassen auf Landesebene und einzelnen Krankenhausträgern unterschritten werden können; die Landesorganisation der privaten Krankenversicherungsunternehmen können sich am Verfahren betei-

ligen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer abteilungsbezogener Entgelte vereinbaren.“

f) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Worte „im Pflegesatz“ werden durch die Worte „in den Entgelten“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt; Nummer 3 wird gestrichen.

g) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz investitionsfinanziert werden, und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten in den Entgelten nicht zu berücksichtigen

1. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen; Absatz 4a bleibt unberührt,

2. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird; dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.“

h) Absatz 4a wird wie folgt gefaßt:

„(4a) Die nach einem Versorgungsvertrag nach § 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 Buchstabe a werden auf Landesebene durch Umlage der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen einheitlich und gemeinsam entsprechend dem jeweiligen Mitgliederanteil der Krankenkassen am gesamten Mitgliederbestand aller Krankenkassen im Land finanziert. Die Krankenkassen nach Satz 1 vereinbaren einheitlich und gemeinsam mit der Landeskrankenhausvereinigung das Nähere zum Gegenstand und Verfahren der Umlage. Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

i) Absatz 5 wird gestrichen.

16. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Entgeltverfahren“.

b) In Absatz 1 werden das Wort „Pflegesätze“ durch das Wort „Entgelte“, das Wort „Pflegesatzverfahren“ durch das Wort „Entgeltverfahren“ und das Wort „Pflegesatzvereinbarung“ durch das Wort „Entgeltvereinbarung“ ersetzt.

c) In Absatz 2 werden das Wort „Pflegesatzvereinbarung“ durch das Wort „Entgeltvereinbarung“ und das Wort „Pflegesatzverhandlungen“ durch das Wort „Entgeltverhandlungen“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Pflegesätze“ durch das Wort „Entgelte“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

e) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Kommt eine Vereinbarung über die Entgelte oder die Höhe der Entgelte nach § 17 Abs. 2c innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Entgeltverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Entgelte unverzüglich fest. Die Bemessung der Entgelte darf das Schiedsamt jährlich höchstens um den Vorhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied verändern.“

f) Absatz 5 wird gestrichen.

17. § 18a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Landeskrankenhausgesellschaften“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigungen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Landeskrankenhausgesellschaft“ durch das Wort „Landeskrankenhausvereinigung“ ersetzt.

18. § 18b wird gestrichen.

19. § 19 wird wie folgt gefaßt:

„§ 19

Krankenhausbetriebsvergleiche

(1) Die Bundeskrankenhausvereinigung und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung schließen unter Beteiligung der Bundesärztekammer eine Vereinbarung über Grundsätze, Verfahren, Inhalt und Maßstäbe von Krankenhausbetriebsvergleichen, wobei die Struktur der Patienten insbesondere in Hinsicht auf Diagnose und Schweregrad der Erkrankung zugrunde zu legen ist. Die hierfür erforderlichen Daten sind von den Landeskrankenhausvereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam auf Landesebene zu erheben und von den Partnern nach Satz 1 auszuwerten.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 1997 nicht zustande, bestimmt die Bundesregierung Grundsätze, Verfahren, Inhalt und Maßstäbe der Krankenhausbetriebsvergleiche durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“

20. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20

Nichtanwendung von Entgeltvorschriften

Die Vorschriften des Dritten Abschnitts finden keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder Nr. 7 nicht investitionsfinanziert werden.“

21. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden das Wort „Pflegesätze“ durch das Wort „Entgelte“ und die Worte „Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung“ durch das Wort „Krankenhausrahmenplanung“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Worte „Krankenhausplanung und -finanzierung“ durch das Wort „Krankenhausrahmenplanung“ ersetzt.

Artikel 7

Zweite Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 7 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 6 dieses Gesetzes, wird wie folgt gefaßt:

„(2) Bei der Krankenhausrahmenplanung ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen herzustellen. Das Einvernehmen mit der Landeskrankenhausvereinigung ist anzustreben.“

Artikel 8

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

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

1. Nach § 54 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 54 a

Normenkontrolle

(1) Das Landessozialgericht, in dessen Bezirk die Bundesregierung ihren Sitz hat, entscheidet auf Antrag über die Gültigkeit der Rechtsverordnungen nach § 35 Abs. 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Den Antrag kann jede natürliche oder juristische Person stellen, die durch die Rechtsvorschrift oder deren Anwendung einen Nachteil erlitten oder in absehbarer Zeit zu erwarten hat.

(3) Das Gericht kann auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn dies zur Abwendung schwerer Nachteile oder aus anderen wichtigen Gründen dringend geboten ist.“

2. In § 57 wird Absatz 4 wie folgt gefaßt:

„(4) In Angelegenheiten, die auf Landesebene festgesetzte Festbeträge betreffen, ist das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Landesregierung ihren Sitz hat.“

Artikel 9

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Abschnitt B I Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte – in der Fassung vom 23. Juni 1988 (Anlageband zum BGBl. I Nr. 26), zuletzt geändert durch Verordnung vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861), wird wie folgt geändert:

1. Die Zahl „150“ wird durch die Zahl „170“ ersetzt.
2. Folgender Text wird eingefügt:

„Die Leistung beinhaltet einen Honorarzuschlag zur Förderung der Weiterbildung von Ärzten für Allgemeinmedizin für die hausärztliche Versorgung in Höhe von 20 Punkten. Der Zuschlag ist von dem abrechnenden Arzt oder der mit Erteilung der Rechnung beauftragten Stelle an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung jährlich gebührenfrei zu überweisen.“

Artikel 10

Überleitungsvorschriften

§ 1

Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung wählt bis zum 30. Juni 1998 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 80 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung.

(2) Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung wählt getrennt nach Fachärzten und Hausärzten jeweils bis zum 30. Juni 1998 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 80 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung.

(3) Die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten wählen aus ihrer Mitte bis zum 30. Juni 1998 die ihnen zustehenden Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigung, der für den Ort der Zulassung zuständig ist. § 80 Abs. 1 Satz 1 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung gilt entsprechend.

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

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

§ 2

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 1 wählen nach Sektionen getrennt bis zum 31. Dezember 1998 ihr Vorstandsmitglied. Dabei ist § 80 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 3

Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 1 wählen nach Sektionen getrennt bis zum 1. Oktober 1998 den Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. § 1 Abs. 5 gilt.

§ 4

Wahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 3 wählen nach Sektionen getrennt bis zum 31. Dezember 1998 ihr Vorstandsmitglied. Dabei ist § 80 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 5

Weitergeltung von Festbeträgen

Die am 31. Dezember 1996 geltenden Festbeträge für Arzneimittel nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden bis zum 31. Dezember 1999 weiter Anwendung.

§ 6

Trennung der Gesamtvergütung

(1) Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird erstmals mit Wirkung vom 1. Januar 2000 an in Ge-

samtvergütungen für Hausärzte, Fachärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten getrennt. Die Gesamtvergütung für Hausärzte setzt sich zusammen aus der Gesamtabrechnung der Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für hausärztliche Leistungen im Jahre 1998 und aus 5 vom Hundert der Gesamtvergütung der Fachärzte, die auf der Grundlage der von ihnen im Jahre 1998 abgerechneten Leistungen ermittelt worden ist. Die Gesamtvergütung für Fachärzte wird ermittelt aus 95 vom Hundert der Gesamtvergütung der Fachärzte, die auf der Grundlage der von ihnen im Jahre 1998 abgerechneten Leistungen ermittelt worden ist. Die Gesamtvergütung für Psychotherapeuten wird durch ein besonderes Gesetz geregelt.

(2) Der Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigung stellt mit einer Mehrheit von mindestens zwei Dritteln seiner Mitglieder die jeweiligen Anteile der Gesamtvergütungen bis 30. Juni 1999 mit Wirkung zum 1. Januar 2000 fest. Kommt die Feststellung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis spätestens 30. September 1999.

Artikel 11

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 4, 5 und 9 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 12

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1997 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. Januar 1998 tritt Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe d in Kraft.

(3) Am 1. Januar 1999 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. ... , Artikel 2, 4 und 5.

(4) Am 1. Januar 2007 tritt Artikel 7 in Kraft.

Bonn, den 30. Januar 1996

Rudolf Scharping und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

1. Zweites Gesundheitsstrukturgesetz: Fortschreibung der Gesundheitsstrukturereform

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 sind die Rahmenbedingungen für grundlegende strukturelle Veränderungen in unserem Gesundheitswesen geschaffen worden. Ziel war es dabei, Selbststeuerungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verbessern. In allen wesentlichen Leistungsbereichen sind strukturelle Maßnahmen ergriffen worden, die die Grundlagen dafür gelegt haben, der GKV für die Zukunft Perspektive und Stabilität zu verleihen. Es wurden insbesondere

- neue Formen der Preisbildung und Honorarverteilung eingeführt,
- eine Positivliste für Arzneimittel beschlossen,
- die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gelockert,
- ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt und
- den Versicherten ab 1996 die freie Wahl der Krankenkasse ermöglicht.

Gleichzeitig ist es durch die Einführung der zeitlich auf die Jahre 1993 bis 1995 befristeten sektoralen Budgetierung kurzfristig gelungen, die weithin außer Kontrolle geratene Ausgabenentwicklung in der GKV (Defizit 1992: 9,3 Mrd. DM) zu stoppen. Die Koppelung des GKV-Ausgabenanstiegs in den zentralen Leistungsbereichen an die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen hat in den Jahren 1993 und 1994 zu hohen Einnahmeüberschüssen (10,5 Mrd. DM bzw. 2,1 Mrd. DM) geführt. Der durchschnittliche Beitragsatz in der GKV sank von Anfang 1993 bis Ende 1994 von 13,42 % auf 13,18 % (alte Länder).

Diese Entwicklung hat sich im Jahre 1995 nicht weiter fortgesetzt. Die Ausgabenüberhänge in der GKV sind erneut dramatisch. Im ersten Halbjahr 1995 übertrafen die Ausgaben die Einnahmen der Krankenkassen um insgesamt 5,4 Mrd. DM (4,2 Mrd. DM in den alten, 1,2 Mrd. DM in den neuen Ländern). Die Leistungsausgaben stiegen im Verhältnis zum ersten Halbjahr 1994 in Westdeutschland um 6,4 %, in Ostdeutschland um 12,5 %, während gleichzeitig die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen mit 0,7 % (West) bzw. 1,8 % (Ost) annähernd stagnierten.

Der erneute Kostenschub in der GKV hat seine wesentlichen Ursachen zum einen darin, daß die strukturellen Maßnahmen des GSG teilweise nur zögerlich, teilweise überhaupt nicht umgesetzt worden

sind. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber selbst Maßnahmen ergriffen, die strukturgestaltende Regelungen des GSG wieder außer Kraft gesetzt haben. Zum anderen sind die notwendigen Anschlußregelungen zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der mit dem GSG eingeleiteten Strukturreformmaßnahmen nicht erfolgt. Dies gilt sowohl für den ambulanten und stationären Sektor als auch für die bessere Vernetzung beider Bereiche.

Die dazu notwendigen Regelungen enthält das Zweite Gesundheitsstrukturgesetz. Es konkretisiert die Strukturvorgaben des GSG, wo sich dies seit Anfang 1993 als notwendig erwiesen hat, und greift darüber hinaus den Handlungsbedarf auf, der sich durch die neue wettbewerbliche Orientierung der GKV ergibt. Es baut die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der GKV auf den bewährten Strukturprinzipien der sozialen Krankenversicherung, insbesondere der solidarischen Finanzierung eines umfassenden Leistungskatalogs, dem Sachleistungsprinzip und der Selbstverwaltung, auf. Die Stärkung und Komplettierung der mit dem GSG begonnenen Strukturreformen ist unabdingbar, um der GKV gesundheits- und sozialpolitisch Zielorientierung zu geben und die Ausgabenentwicklung mittel- und langfristig volkswirtschaftlich verantwortbar zu steuern. Zur kurzfristigen Eindämmung der Ausgabenüberhänge im Jahre 1996 hat die Fraktion der SPD den Entwurf eines Gesundheitsstruktur-Konsolidierungsgesetzes in den Deutschen Bundestag eingebracht (Drucksache 13/3039). Die Regelungen des Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes schließen hier zeitlich lückenlos an und sollen in ihren wesentlichen Teilen zum 1. Januar 1997 in Kraft treten.

2. Einführung einer globalen Begrenzung der Krankenkassenausgaben

Das Gesundheitswesen ist als Wirtschaftszweig ein Bereich mit einer besonderen Ausgabendynamik, die ohne politisch-administrative Begrenzung kaum steuerbar ist. Die Anbieter können den Umfang der Nachfrage nach ihren Leistungen wesentlich beeinflussen und sinkende Vergütungen kompensieren, wenn dem keine Grenzen gesetzt werden. Es ist deshalb unverantwortlich, die gesetzliche Ausgabenbegrenzung für die wesentlichen Leistungsbereiche der GKV durch das Gesundheitsstrukturgesetz ohne jede Anschlußregelung zu belassen.

Die dauerhafte Verlängerung der sektoralen Budgetierung ist hingegen keine Lösung. Dadurch wurden zwar kurzfristig Kostendämpfungserfolge erzielt, gleichzeitig werden aber Fehlsteuerungen und Unwirtschaftlichkeiten im System unterstützt. Das Instrument wirkt sich innovationshemmend aus, da bestehende Strukturen zementiert werden, anstatt sie durchlässiger und flexibel zu gestalten. Auch eine

Beitragssatzfestschreibung ist kein geeignetes Instrument, um unbegründeten Ausgabensteigerungen zu begegnen. Dieses Instrument widerspricht dem gegliederten System der GKV, es entmündigt die Selbstverwaltung und zieht Einschnitte in das Leistungsrecht der Krankenkassen nach sich.

Statt dessen ist eine dauerhafte globale Begrenzung der Krankenkassenausgaben erforderlich, die gleichzeitig Beitragssatzstabilität und flexible, innovationsfördernde Versorgungsstrukturen ermöglicht. Deshalb wird den Krankenkassen mit diesem Gesetz ein Rahmen für ihr Ausgabenvolumen vorgegeben. Innerhalb dieses Globalbudgets und der sonstigen gesetzlichen Vorgaben werden der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern neue Vertragsspielräume eröffnet, Vergütungsstrukturen und -höhe frei zu gestalten. Die Krankenkassen erhalten erweiterte Handlungsspielräume, die z. B. auch kombinierte Budgets verschiedener Leistungsbereiche ermöglichen. Dadurch wird ein sinnvoller Wettbewerb der Krankenkassen gefördert und die Vernetzung der noch immer zu stark von einander abgeschnittenen Leistungsbereiche erleichtert.

Der vorgesehene Budgetrahmen richtet sich nach der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die jährlichen Ausgabensteigerungen einer Krankenkasse dürfen pro Mitglied die Veränderungsraten des Bruttoinlandsprodukts nicht überschreiten. Es handelt sich dabei um eine Obergrenze, die zur Durchsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität unterschritten werden sollte.

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte neue Wettbewerbsordnung in der GKV gibt den Krankenkassen einen hohen Anreiz, die Ausgabenobergrenze nicht auszulasten. Eine Überschreitung des Budgetrahmens wird grundsätzlich ausgeschlossen. Hält eine Krankenkasse ihren Budgetrahmen nicht ein, muß sie dieses Defizit in einem angemessenen Zeitraum ausgleichen. Wiederholt sich eine Budgetüberschreitung, prüft die Aufsichtsbehörde die Ursachen und leitet ggf. entsprechende Maßnahmen ein, die bis zur Schließung der Krankenkasse reichen können.

3. Organisationsreform der ärztlichen Selbstverwaltung

Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Zahnärzten einerseits sowie der Krankenkassen andererseits hat sich dem Grunde nach bewährt. Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltungsorgane sowie insgesamt die Wirtschaftlichkeit der Organisationsstrukturen müssen jedoch gestärkt werden. Im Bereich der Krankenkassen ist dies mit der im Gesundheitsstrukturgesetz verankerten Organisationsreform gelungen. Entsprechende Reformen im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung sind nunmehr ebenfalls vorzunehmen.

Deshalb werden nach Ablauf der notwendigen Übergangsphase zur Neuordnung der ärztlichen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zum 1. Januar 1999 die bisherigen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu Kassenärztlichen

Vereinigungen neuer Art zusammengefaßt. Hierbei werden auch die ärztlichen sowie psychologischen Psychotherapeuten integriert. Darüber hinaus werden Sektionen innerhalb der neuen Kassenärztlichen Vereinigungen mit eigenem Verhandlungsmandat für Haus-, Fach- und Zahnärzte sowie – nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens – ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gebildet. Übergreifende Aufgaben wie Zulassungs- und Disziplinarwesen, Abrechnung und Verwaltung bleiben in der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengebunden.

Die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch einen hauptamtlichen Vorstand gewährleistet. An die Stelle der bisherigen Vertreterversammlung tritt ein deutlich gestraffter Verwaltungsrat. Zudem wird das Verhältniswahlrecht eingeführt. Diese Organisationsstrukturen werden ebenfalls auf Bundesebene vorgesehen.

4. Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Förderung kooperativer Praxisformen

Die wesentlichen Ziele des Gesundheitsstrukturgesetzes in der ambulanten ärztlichen Versorgung (Stärkung Hausärzte und „sprechende“ Medizin, Beendigung der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung und des Arztzahlenanstiegs, Förderung kooperativer Praxisformen) sind weitgehend verfehlt worden. Insbesondere konnten weder der anhaltende Trend zur spezialärztlichen Versorgung gebrochen noch eine umfassende Neustrukturierung des ärztlichen Vergütungssystems erreicht werden. Die beabsichtigte Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist in Ansätzen steckengeblieben.

Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber erneut gefordert, mit konsequenten Maßnahmen einen neuen Anlauf zur Verwirklichung der mit dem GSG gesetzten Ziele zu unternehmen. Vorgesehen sind deshalb stringente gesetzliche Vorgaben einschließlich konkreter Aufträge an die Selbstverwaltung.

4.1 Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen erhält den Auftrag, einen eigenständigen einheitlichen Bewertungsmaßstab für Hausärzte zu schaffen, der

- den hausärztlichen Leistungskatalog umfassend definiert und nur von Hausärzten abgerechnet werden kann,
- für die hausärztliche Grundvergütung eine ausreichende Höhe festlegt,
- die Vergütung weit überwiegend durch Pauschalen gestaltet (Anteil bis zu 80 %) und
- die Einzelleistungsvergütung auf spezielle Bereiche beschränkt, etwa zeitabhängige zuwendungsorientierte Leistungen wie Hausbesuche und präventive Maßnahmen.

Die Selbstverwaltung erhält darüber hinaus den Auftrag, auf der Basis des hausarztspezifischen einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab 2000 eine Trennung

der Gesamtvergütung von Haus- und Fachärzten vorzunehmen. Damit werden verbunden

- eigenständige Vergütungsverhandlungen der Sektion Hausärzte innerhalb jeder Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen und
- eine Entkoppelung der Honorarverteilungsmaßstäbe in für Haus- und Fachärzte getrennte Verteilungsmaßstäbe.

Die Stärkung der hausärztlichen Position innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung wird vervollständigt durch die Förderung der Weiterbildung von Allgemeinmediziner in Hausarztpraxen. Hier wird eine geregelte Förderung über eine Finanzierung durch die Krankenkassen einschließlich der privaten Versicherungsunternehmen vorgegeben.

4.2 Förderung kooperativer Praxisformen

Das erweiterte Spektrum medizinischen Fachwissens, zunehmende Erfordernisse der Qualitätssicherung, ein verändertes Krankheitspanorama der Menschen und nicht zuletzt massive wirtschaftliche Zwänge lassen die „Separatpraxis“ des einzelnen niedergelassenen Arztes zunehmend obsolet werden. Eine den Anforderungen gerecht werdende ambulante Versorgungsstruktur läßt kooperative Versorgungsformen in den Mittelpunkt rücken, die es gesetzlich zu fördern gilt. Ermöglicht werden deshalb neue Praxisformen, wie vernetzte Praxen, erweiterte Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren oder von den Versicherten wählbare Hausarztmodelle.

Um die Innovationen gezielt zu fördern, können Krankenkassen auch Verträge mit einzelnen Ärzten und Ärzteguppen abschließen, ohne daß dies von einer Kassenärztlichen Vereinigung dauerhaft verhindert werden kann.

4.3 Förderung integrierter Versorgungsverträge

Die Vereinbarung kombinierter Budgets wird ermöglicht. Dabei können die Ausgaben für ärztliche Leistungen mit den Ausgaben anderer Leistungssektoren zusammengeführt werden. Ärzte und Krankenkassen handeln dabei ein Gesamtbudget aus und vereinbaren, was mit möglichen Budgetüberschüssen geschieht. Diese Überschüsse sollen vorzugsweise für (regionale) Projekte verwendet werden, die Wirtschaftlichkeit und gesundheitspolitische Innovationen fördern (etwa Betreuungsdienste für chronisch Kranke, verstärkte Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung).

5. Flexible Gestaltung der Arbeitsteilung von Ärzten und Krankenhäusern

Das Ziel einer optimalen Organisation der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsleistungen dort zu erbringen, wo sie unter humanen wie ökonomischen Gesichtspunkten geboten sind, wird derzeit aufgrund einer vielfach künstlichen und interessengeleiteten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in erheblichem Umfang verfehlt.

Das GSG hat zwar die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung insbesondere durch

die Einführung ambulanter Operationen sowie der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus aufgelockert; die Umsetzung dieser Maßnahmen ist indessen nur unzureichend realisiert worden. Die Arbeitsteilung zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen soll deshalb deutlich flexibler gestaltet werden.

Dies wird insbesondere durch folgende Instrumentarien verwirklicht:

- Möglichkeiten für die Krankenhäuser, sich gemäß dem regionalen Bedarf an der spezialärztlichen Versorgung zu beteiligen. In einem solchen Fall nehmen sie gleichberechtigt am Sicherstellungsauftrag für die spezialärztliche Versorgung teil. Dies schließt ihre entsprechende Beteiligung am Zulassungswesen ein;
- verstärkte vertragsrechtliche Kooperationsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Leistungserbringer. Medizintechnische Einrichtungen (Großgeräte, Labors) sollen gemeinsam von Krankenhäusern und ambulanten Praxen angeschafft und betrieben werden;
- Schaffung eines flexibleren Zeitrahmens für die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus.

6. Neugestaltung der zahnärztlichen Leistungsstrukturen

In der zahnmedizinischen Versorgung hat das Gesundheitsstrukturgesetz wichtige Akzente in der Förderung der Individual- und Gruppenprophylaxe gesetzt. Das Leistungsgeschehen orientiert sich aber nach wie vor zu stark an kurativen und nicht an präventiven Maßnahmen. Auch sind die prothetischen gegenüber den zahnerhaltenden Versorgungsformen weiterhin überbewertet. Grund hierfür sind Vergütungsrelationen im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema), der in einem großen Teil noch aus dem Jahre 1962 stammt.

Der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist deshalb grundsätzlich zu überarbeiten und dabei der präventiven und zahnerhaltenden Zahnmedizin ausreichend Gewicht zu verleihen. Die Selbstverwaltung wird aufgefordert, innerhalb eines angemessenen Zeitraums entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

7. Einführung von Preisverhandlungen für Arzneimittel

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat mit den Instrumenten Positivliste sowie Arzneimittelbudget bzw. Richtgrößen grundlegende Voraussetzungen für die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung geschaffen. Das gleichzeitig effektivisierte Mittel der Festbetragsfestsetzung gilt es, für die Zukunft zu sichern und auf eine neue, den verfassungsrechtlichen Anforderungen entsprechende Grundlage zu stellen. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Arzneimittelherstellern wird deshalb die Möglichkeit eingeräumt, zukünftig Festbeträge durch gemeinsam ausgehandelte Ver-

tragspreise zu ersetzen. Die Festbetragsfestsetzung einschließlich der vorangehenden Gruppeneinteilung erfolgt zukünftig durch Rechtsverordnung des BMG. Hiergegen können die Betroffenen Normenkontrollklage erheben. Die Anpassung der Festbeträge erfolgt zukünftig ebenfalls im Wege von Verhandlungen. Preisverhandlungen werden darüber hinaus für den Bereich der nicht-festbetragsfähigen Arzneimittel vorgeschrieben.

8. Weiterentwicklung der Neuordnung von Finanzierung und Planung im stationären Bereich

Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern bindet ein Drittel der Ausgaben der GKV. Ohne eine wirkungsvolle Steuerung dieses Ausgabenblocks ist Beitragssatzstabilität illusionär. Die Ziele des GSG im stationären Bereich (Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, Neuordnung des Entgeltsystems, Erweiterung der Möglichkeiten von Rationalisierungsinvestitionen und Ablösung der dualen Krankenhausfinanzierung in einer mittel- und langfristigen Entwicklung durch ein monistisches System) sind nur teilweise erreicht worden:

- die Einführung eines Systems leistungsgerechter Entgelte ist nicht entscheidend vorangekommen,
- die Krankenkassen machen von den Rationalisierungsverträgen kaum Gebrauch,
- die Absicht, zur Ablösung der dualen Finanzierung zu kommen, hat bislang keine Konsequenzen gehabt.

Das GSG II sieht deshalb Maßnahmen vor, die eine angemessene Finanzierung und betriebswirtschaftliche Modernisierung der Krankenhäuser ermöglichen, um eine qualitativ hochstehende und dem Bedarf entsprechende stationäre Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

8.1 Transparente Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen

Vorgesehen wird der beschleunigte Aufbau einer einheitlichen durchgängigen Preissystematik mit abteilungsbezogenen Entgelten auf Bundesebene, die auf der Grundlage von Krankenhausbetriebsvergleichen ermittelt werden. Das erstmals bis zum 1. Januar 2000 zu entwickelnde Entgeltsystem ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundeskrankenhausesvereinigung (siehe 8.3) fortlaufend weiterzuentwickeln. Die Krankenkassen führen die Preisverhandlungen mit den Krankenhäusern einheitlich und gemeinsam.

8.2 Schrittweiser Übergang zur monistischen Finanzierung

Die Länder erstellen einen Krankenhausrahmenplan, in dem der Bedarf von stationären Versorgungskapazitäten in den einzelnen Planungsregionen festgelegt wird.

Die Umsetzung der Rahmenplanung in krankenhausbefugte Strukturen und Investitionen ist Sache der Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen

und Krankenhausträgern. Die z. Z. in den Krankenhausbedarfsplänen befindlichen Krankenhäuser erhalten einen befristeten Bestandschutz. Zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen während eines zehnjährigen Übergangszeitraums hin zur monistischen Krankenhausfinanzierung beteiligen sich die Länder weiterhin an der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Gleichzeitig wird ab dem Jahre 2000 ein wesentlicher Anteil der Investitionskosten der Krankenhäuser pauschal über die dann neu eingeführten abteilungsbezogenen Entgelte unmittelbar finanziert. Eine Investitionsfinanzierung im Sinne eines Spitzenausgleichs durch Investitionsverträge zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen nach Bedarfskriterien erfolgt dauerhaft bei der Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung und bei der Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben, vor allem zur Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige Pflegeabteilungen.

8.3 Organisationsreform der stationären Versorgung

Zur Stärkung der Selbstverwaltung im stationären Bereich und zur besseren Verzahnung mit der ambulanten Versorgung wird die Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landes- und Bundesebene vorgesehen. Die Krankenhausvereinigungen werden zu gleichberechtigten Verhandlungs- und Vertragspartnern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dadurch werden im Krankenhausbereich zur Regelung aller das Verhältnis zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen betreffenden Fragen verlässliche und tragfähige Strukturen geschaffen.

Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen Versorgungsverträge abschließen wollen, müssen Mitglieder dieser Körperschaften sein.

9. Neue Kooperationsformen in der Gesundheitsförderung

Das Krankenversicherungsrecht (SGB V) regelt seit 1989 den Auftrag der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung. Viele Krankenkassen haben diese Möglichkeit in den vergangenen Jahren jedoch nur ansatzweise genutzt, um zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation ihrer Versicherten beizutragen; oftmals stehen reine Werbemaßnahmen im Vordergrund.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden deshalb durch eine stringente Verpflichtung der Krankenkassen im präventiven Bereich präzisiert und durch eine neue Form der Zusammenarbeit aller hier Beteiligten ergänzt.

10. Korrektur der Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich

Die mit dem GSG durchgeführten Veränderungen bei den Zuzahlungen der Versicherten im Arzneimittelbereich bedürfen der Korrektur. Hierbei kommt eine an der „Verzichtbarkeit“ von Präparaten orientierte Zuzahlungsstaffel der Arzneimittel nicht in Be-

tracht. Vielmehr wird die mengenorientierte Arzneimittelzuzahlung beibehalten und für chronisch Kranke belastungsgerechter ausgestaltet.

Hierbei wird eine optimal auf die chronisch Kranken eingegrenzte Zuzahlungsentlastung durch entsprechende Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eingeführt. Grundlage hierfür soll eine Auflistung der Präparategruppen für die Therapie chronisch Kranker sowie eine Beschränkung der Verordnung dieser Präparate auf Großpakungen sein. Hinzu kommt die Befreiung von der Zuzahlung ab der dritten Arzneimittelverordnung im Jahr.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Den Krankenkassen kommt eine besondere Verantwortung bei der Verhütung arbeits- und umweltbedingter Gesundheitsgefahren zu. Entsprechend werden die Regelungen über das Zusammenwirken dieser Beteiligten genauer ausgestaltet. Hierdurch wird zudem die besondere Bedeutung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich gemacht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung werden im Leistungsspektrum der Krankenkassen gestärkt und deshalb als Rechtsanspruchleistung ausgestaltet. Zugleich wird eine präzise Bestimmung dieser Leistungen über die Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 4 vorgenommen, um die in der Vergangenheit aufgetretenen Abgrenzungsprobleme zu reinen Werbemaßnahmen zu vermeiden.

Zu Buchstabe b

Das bestehende Gebot der Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung wird durch die bindende Vorgabe des Abschlusses von landesweiten Rahmenvereinbarungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen konkretisiert.

Zu Nummer 2

Redaktionelle Folgeregelung.

Zu Nummer 3

Die geltenden Zuzahlungsregelungen sind im Hinblick auf die Belange der chronisch Kranken in den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung von Arzneimitteln anhand von Präparategruppen belastungsgerechter auszugestalten.

Zu Nummer 4

Zu den Buchstaben a bis g

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den betroffenen Arzneimittelherstellern wird die Möglichkeit eröffnet, künftig Festbeträge durch zwischen ihnen ausgehandelte Preise zu ersetzen. Dem geht eine entsprechende Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Betroffenen zur Gruppeneinteilung und anschließend zur Festbetragsfestsetzung voran. Eine solche Möglichkeit zur Stellungnahme kann, wie auch bisher teilweise praktiziert, nach entsprechenden öffentlichen Bekanntmachungen z. B. im Bundesanzeiger eingeräumt werden. Hierdurch wird die bisherige Gruppeneinteilung durch einen Beschluß des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie die nachfolgende einseitige Festbetragsfestsetzung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen rechtssicher ausgestaltet und perspektivisch durch ein Vertragsmodell ersetzt.

Die erstmalige Festsetzung der Festbeträge erfolgt durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Anpassung wird allein auf der Grundlage von Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Arzneimittelherstellern vorgenommen. Kommt es hierbei nicht zu einer Einigung, ist ein Schiedsverfahren durch das neu eingerichtete Schiedsamt für die Arzneimittelversorgung nach § 89 b vorgesehen.

Zu Buchstabe h

Als Rechtsschutzmöglichkeit gegen die Gruppeneinteilung sowie die Festsetzung der Festbeträge durch Rechtsverordnung wird ein Normenkontrollverfahren eingeführt. Dies knüpft an das bewährte Rechtsschutzsystem des § 47 der Verwaltungsgerichtsordnung an.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Da Krankenhäuser ein grundsätzliches Recht zur Teilnahme an der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhalten, sind die einschränkenden Verweise auf die vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlung nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung aus der Bildung der Landeskrankenhausvereinigung (Nummer 44 – § 108 a).

Zu Buchstabe c

Die bisherigen Regelungen des § 39 Abs. 4 werden wegen Zeitablaufs redaktionell angepaßt.

Zu Nummer 6

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 7

Aufgrund der nach § 31 Abs. 4 erlassenen Richtlinie des Bundesausschusses wird die Zuzahlung für chro-

nisch Kranke belastungsgerechter ausgestaltet. Entsprechend wird die Verordnung insbesondere von Großpackungen an die Stelle der bisherigen Verordnungspraxis treten.

Unter diesen Gesichtspunkten stellen mehr als zwei Verordnungen pro Jahr wegen des damit verbundenen Umfangs eine unzumutbare Härte für den Versicherten dar, so daß eine entsprechende vollständige Befreiung von der Zuzahlung für die darüber hinausgehenden Verordnungen vorgesehen wird.

Zu Nummer 8

Mit der Ergänzung der §§ 63 und 67 wird der Weg erleichtert, zu neuen Versorgungsformen – insbesondere zu kooperativen Formen der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung – zu kommen. Ziel ist eine bessere und wirtschaftlichere Versorgung im Interesse der Versicherten und der beteiligten medizinischen Fachberufe. Das Nähere regelt § 73a (vgl. Nummer 14).

Zu Nummer 9

Die Ergebnisse der Modellversuche mit dieser Erprobungsregelung, die mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 eingeführt wurde, belegen, daß das vom Gesetzgeber als Grundlage für Erprobungsregelungen formulierte Ziel, damit „auf verstärkte Anreize hinzuwirken, Leistungen kostengünstig zu erbringen und sparsam in Anspruch zu nehmen“ (§ 63), nicht verwirklicht werden kann. Im Gegenteil zeigen die Erprobungen, daß die Regelung im Verhältnis zur Leistungsgewährung nach dem Sachleistungsprinzip volkswirtschaftlich zu deutlich erhöhten Gesamtausgaben führt. Zudem wird die Regelung von den Krankenkassen bundesweit als vermeindlicher Wettbewerbsparameter angesehen. Die flächendeckende Einführung der Kostenerstattung für Pflichtversicherte widerspricht dem Charakter einer Erprobungsregelung. Die Vorschrift wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 10

Die Vorschrift hat sich seit ihrer Einführung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 als Fremdkörper in der solidarisch finanzierten GKV erwiesen. Sie wird mittlerweile im sich verschärfenden Wettbewerb der Krankenkassen dazu genutzt, vermeindlich „guten Risiken“ die Möglichkeit zu eröffnen, sich der solidarischen Finanzierung teilweise zu entziehen. Um die sowohl sozial- und gesundheitspolitisch als auch volkswirtschaftlich unerwünschten Wirkungen der Vorschrift zukünftig auszuschließen, wird sie ersatzlos gestrichen.

Zu Nummer 11

Ergänzung zur Änderung des § 63 (vgl. Nummer 8).

Zu Nummer 12

Die Regelung hält am Grundsatz der Beitragssatzstabilität fest, gibt den Vertragspartnern aber die Möglichkeit, im Rahmen der Selbstverwaltung auch Vergütungsvereinbarungen zu treffen, die über den Rahmen des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnah-

men der Mitglieder aller Krankenkassen (Grundlohn) hinausgehen. Es wird sichergestellt, daß in diesem Fall die beteiligten Krankenkassen den Rahmen des für sie jeweils geltenden Budgets nach § 260 a Abs. 2 gleichwohl nicht überschreiten.

Um den Vertragspartnern eine zeitnahe Umsetzung ihrer Verträge zu sichern, ist das in den Fällen nicht grundlohnkonformer Vertragsabschlüsse anzurufende Schiedsamt verpflichtet, über die Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten zu entscheiden. Da die Vertragspartner die Bestätigung eines von ihnen geschlossenen Vertrages begehren, kommt den unparteiischen Mitgliedern im Schiedsamt besondere Verantwortung zu. Eine Bestätigung des Vertrages kann deshalb nur mit ihrem Votum erfolgen. Versagt das Schiedsamt eine Bestätigung, insbesondere da der Vertrag zu einer Budgetüberschreitung bei der abschließenden oder vom Vertrag unmittelbar betroffenen Krankenkasse führen könnte, gelten die Bestimmungen des alten Vertrages zunächst weiter. Ein vertragsloser Zustand wird ausgeschlossen.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a

Die Wahlmöglichkeit für Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung zwischen der Teilnahme an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung wird um zwei Jahre bis Ende 1997 verlängert. Dieser Zeitpunkt korrespondiert mit dem Termin des Auftrags an die Selbstverwaltung, getrennte einheitliche Bewertungsmaßstäbe für Haus- und Fachärzte zu erstellen. Eine Notwendigkeit, zeitlich darüber hinausgehende abweichende Regelungen zur Zuordnung der genannten Ärzteguppen zu treffen, besteht nicht.

Zu Buchstabe b

Die Bestimmungen in § 73 Abs. 1 d und § 101 Satz 1 Nr. 4 dienen der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten und ihrer wirtschaftlicheren Nutzung vor allem an kleineren Krankenhäusern sowie der gemeinsamen Erbringung technischer Leistungen durch ambulant und stationär tätige Ärzte nebeneinander. Dabei geht es insbesondere um die gemeinsame Anschaffung und den gemeinsamen Betrieb medizinisch-technischer Geräte.

Zu Nummer 14

Zu Absatz 1

Es wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, neue Wege zu gehen. Sie können in Zukunft Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch separate Verträge mit Vertragsärzten, Gruppen von Vertragsärzten und Krankenhäusern auf der Grundlage von Rahmenverträgen über die Leistungserbringung in neuen kooperativen Versorgungsformen vereinbaren. Dabei ist z. B. an vernetzte Praxen, erweiterte Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren, aber auch an Hausarztmodelle gedacht.

Darüber hinaus wird die Bildung kombinierter Budgets gefördert. Dadurch werden die sektorspezifischen Budgets im Rahmen der GKV durchlässiger gemacht. Auf dieser Grundlage sollen neue Formen der Kooperation innerhalb der Vertragsärzteschaft, zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern sowie zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Formen der Leistungserbringung ermöglicht werden. Kombinierte Budgets, die verordnete und veranlaßte Leistungen einschließen können, sollen eine integrierte medizinische Versorgung ermöglichen.

Zu Absatz 2

Die Regelung bestimmt, daß Versicherten, die an den neuen Versorgungsformen für mindestens ein Jahr teilnehmen, Bonusleistungen aus den erzielten Einsparungen gewährt werden können. Gleiches gilt für Leistungserbringer sowie zur weiteren Förderung der neuen Kooperationsformen vertragsärztlicher Versorgung.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, daß die Durchführung der Vorhaben keine Mehrkosten für ärztliche oder ärztlich veranlaßte bzw. verordnete Leistungen verursacht. Nehmen Versicherte außerhalb des Vorhabens vertragsärztliche Leistungen in Anspruch, findet eine Verrechnung der entsprechenden Budgetanteile statt.

Zu Absatz 4

Die Regelung stellt sicher, daß die Krankenkassen die neuen Versorgungsformen auch durchführen können, wenn keine entsprechenden Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung zustande kommen. Dies kann in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen geschehen, ebenso aber auch im Rahmen von Erprobungsregelungen und Modellvorhaben nach den §§ 63 und 67.

Zu Absatz 5

Es wird klargestellt, daß die Abrechnungsdaten im Zusammenhang mit der Durchführung der Verträge über neue Versorgungsformen, Erprobungsregelungen und Modellvorhaben an die beteiligten Krankenkassen zu übermitteln sind.

Zu Nummer 15

Zu den Buchstaben a bis f

Die bisherigen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden zu Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs zusammengeführt. Entsprechendes gilt für die bisher bestehenden Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

Die hier vorgenommenen Änderungen sind redaktionelle Anpassungen.

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zum neuen Satz 6 zu § 85 Abs. 2 (Nummer 27 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb).

Zu Nummer 16

Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen werden nicht mehr an die Voraussetzungen des bisherigen § 140 Abs. 2 Satz 1 geknüpft. Dort ist ihre Errichtung bisher nur erlaubt, soweit Krankenkassen die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können. Eigeneinrichtungen können auch unter den Bedingungen von § 73 Abs. 4 (Nummer 14) errichtet werden.

Zu Nummer 17 und Nummer 18 Buchstabe a, d und e

Redaktionelle Folgeänderung aus der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs.

Zu Nummer 18 Buchstabe b, c und f

Die Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs gliedern sich in vier Sektionen für Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Entsprechend bilden diese Gruppen für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung. Hierbei wird die bisherige Unterscheidung zwischen ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern im Hinblick auf die zugelassenen Ärzte und Zahnärzte aufrechterhalten.

Zu Nummer 19

Redaktionelle Folgeänderung aus der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs.

Zu Nummer 20

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Hierdurch werden die Organisationsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend der bereits in den Krankenkassen durchgeführten Reform geändert.

Der hauptamtliche Vorstand besteht hierbei aus vier Mitgliedern, nämlich je einem Vertreter der Hausärzte, der Fachärzte, der Zahnärzte sowie der Psychotherapeuten. Diese Vorstandsmitglieder vertreten ihre jeweilige Sektion gerichtlich und außergerichtlich. Dies umfaßt insbesondere die Kompetenz zum Abschluß der sektionsbezogenen Gesamtverträge.

Die Größe des Verwaltungsrates wird entsprechend der Mitgliederzahl der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gestaffelt. Hierbei bilden die Vertreter der jeweiligen Sektionen im Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt zugleich den Verwaltungsrat der entsprechenden Sektion.

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die Möglichkeit eingeräumt, einen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen größeren Verwaltungsrat einzurichten, um so eine angemessene Repräsentanz in diesem Gremium zu erleichtern.

Zu Nummer 21**Zu Buchstabe a**

Es wird klargestellt, daß für die Rechtsbehelfsmöglichkeiten gegen die Bestellung eines Beauftragten die Regelungen des § 78 SGG gelten.

Zu Buchstabe b

Klarstellung, daß die Wahrnehmung der Aufgaben des Vorstandes auch die Möglichkeit einschließt, disziplinarische Maßnahmen zu verhängen.

Zu Nummer 22

Die Wahlen des Verwaltungsrates der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden entsprechend der Bildung von Sektionen neu geregelt. Darüber hinaus wird die Durchführung dieser Wahlen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gesetzlich vorgeschrieben, um so allen maßgeblichen Interessengruppen die Möglichkeit zu geben, entsprechende Vertreter in den Verwaltungsrat zu entsenden.

Zu Nummer 23**Zu den Buchstaben a, b und d**

Redaktionelle Folgeänderung aus der Bildung des Verwaltungsrates sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift stellt sicher, daß Regelungen zum Verteilungsmaßstab dem materiellen Satzungsrecht unterliegen.

Zu Nummer 24**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung von § 77 Abs. 6 (Nummer 11 f.). Die Differenzierung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Sektionen erfolgt gerade mit dem Zweck, Gesamtverträge über die Vergütungen nach Sektionen getrennt zu vereinbaren.

Zu Nummer 25**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zu § 77 Abs. 6. Auch die Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung sollen nach Sektionen getrennt erfolgen.

Zu Buchstabe b

Diese Bestimmung ersetzt – nach Abschaffung der ineffizienten Großgeräteplanung durch dieses Gesetz – die nicht nach dem Willen des Gesetzgebers umgesetzten Regelungen zur Abstaffelung der Punktzahlen medizinisch-technischer Großgeräte nach dem bisherigen § 87 Abs. 2 b Satz 3 bis 5.

Zu Nummer 26**Zu Buchstabe a**

Die Regelung stellt sicher, daß das Budget entsprechend dem Volumen, das sich aus der Anzahl von Versicherten ergibt, die sich an integrierten Versorgungsformen nach § 73 a beteiligen, bereinigt wird.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Regelung, die allein Maßnahmen bei einer Überschreitung des Budgets vorsieht, hat sich als zu starr und unflexibel erwiesen. Deshalb wird der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, zukünftig Überschüsse beim Arznei- und Heilmittelbudget gezielt für Maßnahmen der Strukturverbesserung der vertragsärztlichen Versorgung (Förderung zuzwendungsintensiver Behandlungsformen, Qualitätssicherungsmaßnahmen) zu verwenden. Dadurch werden die Anreize für die Ärzte zu einer wirtschaftlichen und an den medizinischen Notwendigkeiten orientierten Verordnungsweise deutlich erhöht und die Selbststeuerungskräfte im System der GKV gestärkt.

Zu Nummer 27**Zu den Buchstaben a, b Doppelbuchstabe aa und Buchstabe e**

Redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Die Weiterbildung von Allgemeinärzten in Hausarztpraxen bedarf dringend einer Förderung, da seit Anfang 1994 die Zulassung von einer Weiterbildung bzw. einer fachspezifischen Weiterbildung abhängig ist.

Zu Buchstabe c

Folgewirkung der Streichung von § 122 (Nummer 54).

Zu Buchstabe d

Als Folgeänderung zu § 87 Abs. 2 b (Nummer 29 Buchstabe d) wird die Regelung zum 1. Januar 1998 gestrichen (vgl. Artikel 12 Nr. 2).

Zu Buchstabe f und zu den Buchstaben h bis j

Die Regelungen werden wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe g

Während bisher für den Honorarverteilungsmaßstab nur eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Versorgung vorgesehen war, werden der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Neufassung die Anwendung neuer und stärker differenzierender Verteilungskriterien ermöglicht. So kann sie mit der Orientierung an Fallzahlen und Fallwerten eine genauere Mengensteuerung vornehmen; sie kann erwünschte Leistungsarten positiv sanktionieren.

Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, arztgruppenspezifische Unterschiede in den Kostenstrukturen zu berücksichtigen ebenso wie Unterschiede je nach Abhängigkeit vertragsärztlicher Leistungen von Überweisungen. Mit der Feinjustierung aufgrund differenzierter Verteilungskriterien soll sachlich ungerechtfertigten Vergütungsunterschieden entgegen gewirkt werden und damit das gesamte Vergütungsgeschehen gesundheitspolitisch zweckmäßiger, rationaler und gerechter gestaltet werden.

Zu Buchstabe k

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 28

Redaktionelle Folgeänderung aus der Bildung von Sektionen innerhalb nur noch einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Zu Nummer 29

Zu Buchstabe a

Der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ergangene Auftrag des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung wird auch mit dem seit 1. Januar 1996 geltenden neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht adäquat umgesetzt. Ein Grund liegt in der quantitativen Dominanz der Spezialärzte. Es bedarf des erneuten Eingreifens des Gesetzgebers. Mit dieser Bestimmung wird daher die Selbstverwaltung aufgefordert, bis zum 31. Dezember 1997 einen eigenen „Hausärzte-EBM“ zu schaffen, damit dieser spätestens zum 1. Januar 1998 in Kraft treten kann. Dies zieht an den entsprechenden Gesetzesstellen korrespondierende Regelungen nach sich, insbesondere die Schaffung einer separaten Gesamtvergütung für Hausärzte ab 1999.

Sollte die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen bis Ende 1997 keine Einigung erzielen, wird das Bundesministerium für Gesundheit dieser wichtigen gesundheitspolitischen Zielsetzung dadurch Nachdruck verleihen, daß er unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuß nach Absatz 4 anruft. Dieser hat dann innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung festzusetzen. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Rahmen der Bundesmantelverträge.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Vereinbarung sektionsspezifischer Bewertungsmaßstäbe.

Zu Buchstabe c

Mit dem seit 1. Januar 1996 geltenden EBM kommt insbesondere für Hausärzte dem Honorierungssystem nach Einzelleistungen weiterhin ein zu starkes Gewicht zu. Der nach Absatz 1 vorgesehene „Hausärzte-EBM“ soll in größerem Umfang die Vorteile der beiden Honorierungsverfahren Pauschal- oder Einzelleistungsvergütung optimieren. Dabei sollen die Pauschal- und Leistungskomplexhonorare weit über-

wiegen, da sonst erneut die Gefahr besteht, daß die Einzelleistungen wegen der ihnen innewohnenden Dynamik zur Mengenausweitung das Übergewicht gewinnen. Darüber hinaus soll die patientenbezogene Fallpauschale über die fallbezogene Pauschale dominieren, um auch in dieser Relation eine unangemessene Mengendynamik zu verhindern. Als besonderer Anreiz für eine verstärkt zuwendungsorientierte hausärztliche Behandlung ist für einen zielgerichteten Anteil an der hausärztlichen Gesamtvergütung die – möglichst zeitabhängige – Vergütung nach Einzelleistungen insbesondere für Leistungen der Gesundheitsförderung und der Prävention vorzusehen. Dieser Anteil soll bei etwa 20 % des Umfangs der hausärztlichen Gesamtvergütung liegen.

Die Stärkung der hausärztlichen Tätigkeit kann nur gelingen, wenn dies seinen Niederschlag auch in der honorarmäßigen Aufwertung der hausärztlichen Grundvergütung findet. Auch hier ist dem Anliegen des Gesetzgebers im GSG nicht ausreichend Rechnung getragen worden. Mit der Erhöhung der Gesamtvergütung für die Hausärzte soll daher eine Höherbewertung der hausärztlichen Grundvergütung innerhalb des Gesamtvergütungsvolumens einhergehen.

Zur weiteren Stärkung der hausärztlichen Behandlung soll gleichzeitig das Interesse von Fachärzten zur Erstbehandlung ohne Überweisung durch den Hausarzt dadurch gemindert werden, daß die Vergütung für die fachärztlichen Leistungen bei Erstinanspruchnahme um 20 % abgesenkt wird. Ausgenommen davon sind Notfälle und die Behandlungen aufgrund von Erstkontakten bei Fachärzten für Gynäkologie, Orthopädie, Augen-, HNO- und Hauterkrankungen.

Zu Buchstabe d

Der einheitliche Bewertungsmaßstab als Grundlage für die Vergütung des einzelnen Zahnarztes basiert in wesentlichen Teilen nach wie vor auf der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner aus dem Jahre 1962. In den letzten Jahren ist es den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht gelungen, eine Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes nach Absatz 1 vorzunehmen. Dies hat zur Folge, daß eine Anpassung an den allgemeinen zahnmedizinischen Fortschritt, insbesondere eine Orientierung hin zu präventiven und zahnerhaltenden Maßnahmen, ausgeblieben ist.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten wird beauftragt, eine entsprechende Umstrukturierung vorzunehmen und den einheitlichen Bewertungsmaßstab bis zum 31. Dezember 1997 anzupassen, ohne das Volumen der Leistungsausgaben für zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen insgesamt auszuweiten. Dabei kann der einheitliche Bewertungsmaßstab insbesondere zu Lasten der Leistungspositionen umstrukturiert werden, bei denen allein die planerische Arbeit des Zahnarztes im Vordergrund steht (vgl. Bema-Positionen 89, 92, 93, 95 a/b, 98 a, 98 b/c, 98 e, 98 f, 98 g, 98 h, 100).

Gleichzeitig sollen Umstrukturierungen zu Lasten der Leistungspositionen aus dem kieferorthopädischen und konservierend-chirurgischen Bereich zugunsten präventiver Maßnahmen vorgenommen werden.

Soweit die Selbstverwaltung ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht nachkommt, wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, den erweiterten Bewertungsausschuß anzurufen, der innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung beschließt. Die Ersatzvornahme verbleibt damit im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 2b sind als Folge der Streichung von § 122 (Nummer 54) ersatzlos entfallen.

Zu Buchstabe e

Die Bestimmung trägt dem Ziel getrennter einheitlicher Bewertungsmaßstäbe für Hausärzte und Fachärzte Rechnung.

Zu Buchstabe f

Die Einführung unterschiedlicher Bewertungsmaßstäbe impliziert zum einen, daß die jeweilige Sektion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwei unparteiische Mitglieder benennt. Zum anderen folgt aus der Gleichstellung der Kassenarten seit dem GSG, daß sich die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder der gemeinsam verständigen.

Zu Nummer 30

Folgeänderung aus der Bildung der Sektion für Zahnärzte innerhalb einer gemeinsamen Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Zu Nummer 31

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt sicher, daß durch Vereinbarungen zur Vergütungsanpassung im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich nicht die Budgeteinhaltung durch die Krankenkasse nach § 260a unterlaufen werden kann. Das Schiedsamt wird verpflichtet, seine Entscheidung im Rahmen der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zu fällen. Davon unberührt sind Vergütungsvereinbarungen nach § 71 Abs. 2, die von den Vertragspartnern gemeinsam getragen werden.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen aus der Bildung von Sektionen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Nummer 32

Zu § 89a

Im Bereich der Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung fehlen bisher Schiedsamsregelungen. Zur Durchsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und

um den Krankenkassen die Einhaltung des Globalbudgets nach § 260a Abs. 2 zu ermöglichen, werden auch in diesen Bereichen bei Preisverhandlungen Schiedsämter auf Landesebene vorgesehen. Hierbei bewährte Strukturen vorhandener Schiedsamsregelungen insbesondere im Bereich der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte werden entsprechend übernommen.

Zu § 89b

Die Einführung der Preisverhandlungen sowohl für den Festbetragsmarkt als auch hinsichtlich der nicht festbetragsfähigen Arzneimittel erfordert ebenfalls die Einführung eines Schiedsamtes für Arzneimittelversorgung für den Fall der Nichteinigung der Beteiligten. Auch hier werden bewährte Strukturen bereits vorhandener Schiedsamsregelungen übernommen.

Zu Nummer 33

Folgeänderungen aus der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs.

Zu Nummer 34

Zu Buchstabe a

Die Krankenhäuser werden in die ambulante Versorgung eingebunden. Die Entwicklung in der Medizin, insbesondere in der Chirurgie, macht die klassische Trennung der Zuordnung von Aufgaben an ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen zunehmend obsolet. Hinzu kommen Mehrkosten durch die Vorhaltung von Doppelstrukturen. Die bisherige personelle Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung über Belegärzte oder über Ermächtigungen von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erweist sich vor diesem Hintergrund als nicht ausreichend.

Zu Buchstabe b

Es muß sichergestellt sein, daß nur die Krankenhäuser an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, die sich als wirtschaftlich erwiesen haben. Daher werden nur die Krankenhäuser in diesen Kreis aufgenommen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 108 verfügen.

Zu Buchstabe c

Die Tätigkeit als Vertragsarzt und die Funktion des hauptamtlichen Vorstandes nach § 79 Abs. 1 schließen sich aus. Entsprechend ist in einem solchen Fall durch Beschluß des Zulassungsausschusses das Ruhen der Zulassung des Vertragsarztes auszusprechen.

Zu Nummer 35

Geregelt wird die Teilnahme der Krankenhäuser an den Zulassungsausschüssen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Krankenhäuser werden in den Zulassungsausschüssen durch die Landeskrankenhausvereinigung mit einem Sitz vertreten, während die Krankenkassen drei und die Kassenärztlichen Verei-

nigungen zwei Sitze erhalten. Bei der Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern wird berücksichtigt, daß die Krankenhäuser nur an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu Nummer 36

Folgeregelung aus der Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten fachärztlichen Versorgung.

Zu Nummer 37

Es wird klargestellt, daß die Krankenhäuser nur an der fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich teilnehmen, nicht jedoch an der hausärztlichen. Näheres ist in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zu regeln.

Zu Nummer 38

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten fachärztlichen Versorgung.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung aus der Neuordnung der Krankenhausplanung.

Zu Nummer 39

Vergleiche Begründung zu § 73 Abs. 1 d (Nummer 13 Buchstabe b).

Zu Nummer 40

Nach bisherigem Recht wird die Zulassung von Vertragsärzten beschränkt, wenn bestimmte arztgruppenspezifische Verhältniszahlen überschritten werden. Diese Zahlen spiegeln den Ist-Zustand zu einem Stichtag wider. Sie sind historisch zufällig gewachsen und damit nicht Ergebnis einer wissenschaftlich fundierten und gesundheitspolitisch begründeten Planung und Gestaltung. Die Zulassung wird zukünftig am gesundheitspolitisch festgelegten Bedarf ausgerichtet und dieser in der Folge eines transparenten Meinungs- und Willensbildungsprozesses gesetzlich festgelegt.

Die Strukturen, die zur Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung für erforderlich gehalten werden, werden für das gesamte Bundesgebiet nach Planungsstufen und -regionen gegliedert. Die Einteilung folgt den Planungskriterien des Bundesinstituts für Raumordnung und Landesplanung. Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung werden für jeden Planungsbereich hausärztliche und fachärztliche Versorgungssitze gebildet und die jeweilige Zahl festgelegt. Die gesundheitliche Versorgung wird um diese Versorgungssitze gruppiert. Dazu erhält der Bundesausschuß den gesetzlichen Auftrag, Kriterien zu erarbeiten, mit deren Hilfe Praxen, ärztliche Zusammenschlüsse sowie Zusammenschlüsse zwischen Ärzten und Vertretern anderer an der Gesundheitsversorgung beteiligter Berufsgruppen den Versorgungssitzen zugeordnet werden. Entsprechende Zusammenschlüsse sind bedarfsorientiert zu fördern.

Werden die Bedarfskriterien überschritten, führt dies zur Ablehnung durch den Zulassungsausschuß.

Die gesetzliche Festlegung der Bedarfskriterien erfordert die dazu notwendigen Datengrundlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält den Auftrag, diese Grundlagen durch geeignete wissenschaftliche Institute erstellen zu lassen und sie mit entsprechenden Empfehlungen bis spätestens 31. Dezember 1998 den gesetzgebenden Körperschaften zuzuleiten. Der Sachverstand des Bundesausschusses ist sowohl bei der Auftragsvergabe als auch bei der Auswertung der Ergebnisse zu nutzen.

Zu Nummer 41

Die Regelung ist aufgrund der Gleichstellung der Kassenarten seit dem GSG obsolet.

Zu Nummer 42

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten fachärztlichen Versorgung.

Zu Nummer 43

Folgeänderung aus der Beschränkung der Länder auf die Rahmenplanung für Krankenhäuser.

Da die Länder sich künftig nach der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in ihrer Planung nicht mehr mit den konkreten Festlegungen der Versorgungsstruktur und Versorgungskapazität für einzelne Krankenhäuser befassen, tritt als Voraussetzung für die Zulassung eines Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung an die Stelle der Aufnahme eines Hauses in den Krankenhausplan grundsätzlich der Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 109.

Zu Nummer 44

Zu § 108a

Die Regelung sieht zur Stärkung der Selbstverwaltung im stationären Bereich und zur besseren Verzahnung mit der ambulanten Versorgung die Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landes- und Bundesebene vor. Durch die gesetzliche Verankerung des öffentlich-rechtlichen Status für die Krankenhausvereinigungen werden diese zu gleichberechtigten Verhandlungs- und Vertragspartnern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit werden im Krankenhausbereich die zur Regelung aller das Verhältnis zu den Krankenkassen und im ambulanten Bereich auch das Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten betreffenden Fragen erforderlichen verlässlichen und tragfähigen öffentlich-rechtlichen Strukturen geschaffen. Aus der den Krankenhausvereinigungen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben zugewiesenen Verantwortung für die Regelungsbereiche des SGB V und des KHG folgt für Krankenhäuser, die Versorgungsverträge nach § 109 abschließen wollen, die Notwendigkeit einer Mitgliedschaft als unabdingbare Voraussetzung. Eine Zwangsmitgliedschaft für Krankenhäuser, die keine Zulassung anstreben, besteht nicht.

Die Verantwortung der Krankenhausvereinigungen für die vollwertige und wirksame Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben wird dadurch unterstrichen, daß die von ihnen abgeschlossenen Vereinbarungen für alle Mitglieder unmittelbar verbindlich sind. Damit erhalten die Krankenhausvereinigungen als Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts die erforderliche Autorität, um als gleichberechtigte Partner mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten zu können.

Zu den §§ 108 b bis 108 e

Die Struktur der Krankenhausvereinigungen wird in Anlehnung an die Selbstverwaltungsregelungen des Sozialgesetzbuchs hinsichtlich Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Selbstverwaltungsorganen, Wahlen und Satzung geregelt.

Zu Nummer 45

Die Regelung sieht vor, daß künftig für bisherige Plankrankenhäuser der Abschluß eines Versorgungsvertrages neben der Mitgliedschaft des Krankenhausträgers in der Landeskrankenhausvereinigung konstitutive Voraussetzung für die Zulassung eines Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung (§ 39) ist. Die bewährte Einheitlichkeit und Gemeinsamkeit der Träger der GKV beim Abschluß von Versorgungsverträgen wird beibehalten.

Da die Versorgungsverträge der Umsetzung der Krankenhausrahmenpläne der Länder dienen, müssen sie die dortigen Festlegungen einhalten. Nur in diesem Rahmen besteht daher auch ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages. Die bisherigen zwingenden Ausschlußgründe, die dem Abschluß eines Versorgungsvertrages entgegenstehen, gelten auch für die neue Regelung.

Anstelle der bisherigen Genehmigung von Versorgungsverträgen durch die zuständigen Landesbehörden tritt ein Beanstandungsrecht bei Beeinträchtigung der Krankenhausrahmenplanung. Die Wirksamkeit eines Versorgungsvertrages tritt nur ein, wenn keine Beanstandung erfolgt.

Bei Hochschulkliniken gilt weiterhin die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes, bei bisherigen Plankrankenhäusern nur noch bis zum 31. Dezember 2001 die Aufnahme in den Krankenhausplan vor dem 1. Januar 1997 als Abschluß eines Versorgungsvertrages.

Zu Nummer 46

Die Regelung in Absatz 1 beinhaltet redaktionelle Folgeänderungen aus der Neuregelung des § 109. In Absatz 2 ist für die Kündigung eines Versorgungsvertrages anstelle des Genehmigungsverfahrens entsprechend der Regelung für den Abschluß von Versorgungsverträgen (§ 109 Abs. 3) ebenfalls nur ein Beanstandungsrecht der zuständigen Landesbehörde vorgesehen, um die Einhaltung der Krankenhausrahmenplanung zu gewährleisten.

Zu Nummer 47

Da nunmehr im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern die entsprechenden Rahmenfestlegungen für die Kurkrankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Krankenhausrahmenpläne nach § 6 KHG aufgenommen werden, kann die Vorschrift aufgehoben werden.

Zu Nummer 48

Folgeänderungen der Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach § 108 a.

Zu den Nummern 49 und 50

Folgeänderungen der Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach § 108 a.

Zu Nummer 51

Zu Buchstabe a

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch die Einführung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus aufgelockert. In der Praxis hat sich herausgestellt, daß eine zeitliche Befristung der vor- und nachstationären Behandlung nicht sinnvoll ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung der Bildung von Landeskrankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach § 108 a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die pauschalierte Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung wird zwingend vorgeschrieben. Damit wird der Wille des Gesetzgebers konsequent zum Ausdruck gebracht.

Zu Nummer 52

Mit der allgemeinen Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante fachärztliche Versorgung wird die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz aufgenommene Bestimmung über das ambulante Operieren im Krankenhaus überflüssig.

Zu Nummer 53

Es wird klargestellt, daß sich diese Bestimmung auf Fach- und nicht auf Hausärzte bezieht.

Zu Nummer 54

Die Einrichtung von Großgeräteausschüssen hat sich – nicht zuletzt aufgrund der Rechtsprechung – als ungeeignet erwiesen, Kosten und Mengen im Bereich der technisch-medizinischen Leistungen in einem sowohl medizinisch als auch ökonomisch vertretbaren Rahmen zu halten. Das Problem der Mengenausweitung bei diesen Leistungen wird zukünftig über Vergütungsregelungen gesteuert.

Zu Nummer 55

Redaktionelle Folgeänderung aus der Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit im Festbetragsbereich.

Zu Nummer 56

Die Anfügung eines neuen Absatzes 4 in § 130 gewährleistet, daß künftig Veränderungen im Bereich der Arzneimittelpreise nur aufgrund von Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den betroffenen Arzneimittelherstellern erfolgen. Für den Fall der Nichteinigung findet die Schiedsamtsmöglichkeit nach § 89b (vgl. Nummer 32) Anwendung.

Zu Nummer 57

Redaktionelle Folgeänderung aus der Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit im Festbetragsbereich.

Zu Nummer 58

Die Krankenkassen sollen nicht mehr den bisherigen Beschränkungen zur Einrichtung von Eigeneinrichtungen unterliegen. Der entsprechende Satz wird daher gestrichen.

Zu den Nummern 59 und 60

Die mit dem GSG ab 1996/97 eingeführte grundsätzliche Wahlfreiheit der Versicherten setzt gleiche Rechte und Pflichten für alle Krankenkassen voraus. Sonderrecht einzelner Kassenarten widerspricht den Grunderfordernissen gleicher Wettbewerbsbedingungen. Alle Krankenkassen müssen sich in gleicher Weise ihrer Verantwortung für die Steuerung der Ausgabenentwicklung in der GKV stellen (vgl. Nummer 61 – § 260a). Die lediglich noch historisch begründbaren Regelungen (Primärkassenfunktion der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 61

Die Vorschrift führt für die Krankenkassen ein Globalbudget ein. Das Budget umfaßt grundsätzlich alle Ausgaben der Krankenkasse; ausgenommen sind lediglich die Geldleistungen, auf deren Ausgabenentwicklung die Krankenkasse keinen oder kaum steuernden Einfluß ausüben kann (Krankengeld, Sterbegeld, Mutterschaftsgeld). Das Globalbudget umfaßt damit rd. 92 % des Ausgabenvolumens einer Krankenkasse. Seine Fortschreibung erfolgt unter Bezugnahme auf die Veränderung des Bruttoinlandsprodukts. Damit wird gesamtwirtschaftlich sichergestellt, daß auch in Zukunft der Anteil des Sozialprodukts, der für Leistungen der GKV zur Verfügung steht, dem erreichten hohen Niveau entspricht.

Zu Absatz 1

Die Regelung bestimmt, welche Ausgaben der Krankenkasse vom Globalbudget umfaßt werden.

Zu Absatz 2

Die Regelung beschreibt die Ermittlung des Ausgangsbudgets für die Krankenkasse und dessen Fortschreibung. Hierbei wird das Haushaltsvolumen des Jahres 1995 mitgliederbezogen zugrunde gelegt und in den Folgejahren je Mitglied um die Vorausschätzung der Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts fortgeschrieben. Eine Budgetüberschreitung ist nur unter gesetzlich streng eingegrenzten Kriterien zulässig. Hierbei kann es sich nur um Sachverhalte handeln, auf die die Krankenkasse keinen Einfluß hat, wie insbesondere unvorhersehbare Veränderungen in der medizinischen Entwicklung. In diesem Fall wird eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates vorgesehen.

Zu Absatz 3

Ist es der Krankenkasse insbesondere infolge von Umstrukturierungen innerhalb des Leistungsgeschehens oder aufgrund unvorhergesehener erheblicher Mitgliederschwankungen kurzfristig – etwa aufgrund erst im Folgejahr über den Jahresausgleich realisierbarer Forderungen aus dem Risikostrukturausgleich (§ 266) – nicht möglich, das Budget einzuhalten, muß sie es in den folgenden zwei Jahren ausgleichen. Wird der Ausgleich nicht erreicht, ist er durch den zuständigen Landes- oder Spitzenverband vorzunehmen. Hiermit wird eine „gesamtschuldnerische Haftung“ der Verbandskassen für die Budgeteinhaltung durch die Einzelkasse vorgesehen. Die Eintrittspflicht des Verbandes soll den kassenartinternen Druck auf die Krankenkasse, das Budget einzuhalten, verstärken. Eine Verpflichtung zum Ausgleich besteht dann nicht, wenn dadurch die Budgeteinhaltung anderer Krankenkassen innerhalb der Kassenart gefährdet würde. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen kann Regelungen dazu treffen, ob und in welchem Umfang Ausgleichszahlungen durch die begünstigte Krankenkasse zurückerstattet werden müssen.

Zu Absatz 4

Budgetüberschreitungen sind von der Krankenkasse unverzüglich der Aufsichtsbehörde zu melden, die in diesem Fall nach pflichtgemäßem Ermessen tätig wird. Der Aufsichtsbehörde wird dabei insbesondere die Möglichkeit eröffnet, die Krankenkasse durch eine unabhängige Prüfungseinrichtung im Hinblick auf ihr Haushaltsgebahren überprüfen zu lassen. Bei wiederholter Budgetüberschreitung ist die Aufsicht verpflichtet, entsprechend zu verfahren. Sie kann in diesen Fällen auch die Geschäfte der Krankenkasse vorübergehend selbst übernehmen, bis eingeleitete Sanierungsmaßnahmen greifen.

Zu Absatz 5

Die Regelung verpflichtet die Aufsichtsbehörde, von sich aus festgestellte Budgetüberschreitungen aufgrund vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verstöße der Selbstverwaltung oder von Angestellten der Krankenkasse gegen Haushaltsgrundsätze haftungsrechtlich zu verfolgen. Dadurch entstehende Kosten hat die betroffene Krankenkasse zu tragen.

Zu Absatz 6

Die Aufsichtsbehörde hat bei Überschreitung der Budgets die Sanierungsfähigkeit der Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen. Ist insbesondere aufgrund der Prüfung nach Absatz 4 davon auszugehen, daß die Krankenkasse auch dauerhaft ihre Budgetobergrenze nicht einhalten kann, wird der Aufsichtsbehörde die Schließung der Krankenkasse ermöglicht.

Zu Nummer 62

Durch die Einfügung wird dem Bundesministerium für Gesundheit die zusätzliche Aufgabe zugewiesen, die für die Ermittlung der Budgetobergrenze der Krankenkasse nach § 260a relevante Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts für das kommende Jahr auf der Grundlage der vorliegenden gesamtwirtschaftlichen Daten zu schätzen. Die Prognose hat bis zum 15. November des Vorjahres zu erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt die wesentlichen Schätzungen über den weiteren Verlauf der volkswirtschaftlichen Entwicklung bekannt sind. Die Feststellung der endgültigen Veränderungsrate des Vorjahres wird zu einem Zeitpunkt vorgenommen, zu dem valide Berechnungen des Statistischen Bundesamtes vorliegen.

Zu Nummer 63

Bonuszahlungen, die bei Einsparungen aufgrund neuer kooperativer Versorgungsformen gezahlt werden können, soweit entsprechende Erprobungsregelungen und Vorhaben nach § 73a Abs. 4 durchgeführt werden, bedürfen entsprechender Datenerhebung und -speicherung.

Da § 65 (Beitragsrückzahlung) gestrichen wird, sind die entsprechenden Bestimmungen zur Datenverwendung obsolet.

Zu Nummer 64

Da § 65 (Beitragsrückzahlung) gestrichen wird, sind diese Bestimmungen obsolet.

Zu Nummer 65

Folgeänderung zur Ermöglichung vertraglicher Vereinbarungen zur Durchführung neuer vertragsärztlicher Versorgungsformen nach § 73a Abs. 1 und 4 und zur Schaffung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen. Die Regelung stellt sicher, daß die Krankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen benachrichtigt werden, wenn ein Versicherter, der an den neuen Versorgungsformen teilnimmt, ärztliche Leistungen entgegen den Regelungen der Verträge in Anspruch nimmt.

Zu Nummer 66

Folgeänderung der Bildung der Bundeskrankenhausvereinigung (§ 108a).

Zu Nummer 67

Zu den Buchstaben a, b Doppelbuchstaben aa, cc, und Buchstabe c:

Die Regelungen werden wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Berichtigung.

Zu Artikel 2**Zu den Nummern 1 und 3**

Folgeänderung aus der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen neuen Typs zum 1. Januar 1999.

Zu Nummer 2

Mit der Bildung von Sektionen sollen konsequent auch sektionseigene Honorarverteilungsmaßstäbe einhergehen. Damit wird ein zentrales Element der Auseinandersetzungen zwischen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Fachärzten einem geregelten konfliktlösenden und den Belangen der einzelnen Sektionen stärker Rechnung tragenden Verfahren unterworfen.

Zu Artikel 3**Zu Nummer 1**

Folgeänderung aufgrund der Vorausschätzung der Veränderung des Bruttoinlandsprodukts zum 15. November nach § 270a als Grundlage für die Ermittlung des Budgetrahmens der Krankenkassen (vgl. Artikel 1 Nr. 61 – § 260a SGB V).

Zu Artikel 4**Zu Nummer 1**

Um nach Ablauf der Amtszeit dem Vertragsarzt, der hauptamtlicher Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geworden ist, die Weiterführung seiner Praxis zu ermöglichen, werden die Voraussetzungen zur Beschäftigung eines Vertreters oder eines Assistenten entsprechend ergänzt.

Zu Artikel 5**Zu Nummer 1**

Um nach Ablauf der Amtszeit dem Vertragszahnarzt, der hauptamtlicher Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geworden ist, die Weiterführung seiner Praxis zu ermöglichen, werden die Voraussetzungen zur Beschäftigung eines Vertreters oder eines Assistenten entsprechend ergänzt.

Zu Artikel 6*Zu den Nummern 1 und 2*

Folgeänderung zur Änderung der Entgeltregelungen und der Neuregelung der Krankenhausplanung.

Zu Nummer 3

Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung.

Zu Nummer 4

Folgeänderung zur Änderung der Investitionsfinanzierung und der Entgeltregelungen im Krankenhausbereich.

Zu Nummer 5

Folgeänderung zur Änderung der Investitionsfinanzierung und der Neuregelung der Krankenhausplanung.

Zu Nummer 6

Als Folge der Einführung der monistischen Investitionsfinanzierung und der Konzentration der Verantwortung für Entgelte, Investitionen und auf das einzelne Krankenhaus bezogener Planung bei der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhausträgern, sieht die Regelung die Beschränkung der planerischen Verantwortung der Länder auf die Festlegung struktureller Rahmenda-ten für den landesweiten und regionalen Versorgungsbedarf vor.

In den Landeskrankenhausgesetzen werden die Einzelheiten zu Inhalten und Verfahren für die Aufstellung der Krankenhausrahmenpläne bestimmt. Die Länder können dabei weitere Rahmenfestlegungen zur Aufnahme in die Krankenhausrahmenpläne verankern, soweit nicht bundesrechtliche Vorgaben dem entgegenstehen. Planerische Festlegungen, die sich unmittelbar nur auf ein einzelnes Krankenhaus beziehen, sind grundsätzlich nicht mehr Gegenstand der Krankenhausrahmenplanung der Länder.

Neben den strukturellen Rahmenfestlegungen für die Behandlungsangebote der Krankenhäuser nehmen die Länder im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern (insbesondere den Rentenversicherungsträgern, den Unfallversicherungsträgern und den Versorgungsverwaltungen) die entsprechenden Rahmenfestlegungen für Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Krankenhausrahmenplanung auf, um eine Gesamtabstimmung aller stationären Einrichtungen in diesem Bereich anzustreben.

Zu Nummer 7

Folgeänderung aus der Beschränkung der Länder auf die Krankenhausrahmenplanung.

Die Länder haben bei der Krankenhausrahmenplanung mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Landeskrankenhausvereinigungen Einvernehmen anzustre-

ben. Die Einzelheiten hierzu sind in den Landeskrankenhausgesetzen festzulegen.

Zu Nummer 8

Folgeänderung zur Änderung der Investitionsfinanzierung.

Zu Nummer 9

Die Regelung sieht zur Sicherstellung der Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser die Bildung eines Fonds auf Landesebene vor, der gemeinsam von Krankenkassen und dem Land getragen wird. Der Fonds hat die Aufgabe, in der Übergangsphase bis zur vollständig von den Krankenkassen ab dem Jahre 2007 im Wege der Monistik zu übernehmenden Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser die erforderlichen Finanzmittel aufzunehmen, die übergangsweise in der Zeit zwischen dem 1. Januar 1997 und dem 31. Dezember 2006 von den Ländern stufenweise abnehmend, von den Krankenkassen stufenweise ansteigend getragen werden. Während der Übergangszeit wird der Fonds von den Ländern, danach gemeinsam von den Krankenkassen geführt, die sich hierzu einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V bedienen.

Bemessungsgrundlage für die Höhe des Investitionsfonds sind die im Jahre 1992 in den Ländern nach den bisher geltenden Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veranschlagten Haushaltsmittel für die Krankenhausfinanzierung, die ab diesem Basisjahr jährlich auf der Grundlage der Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied nach §§ 270 und 270a SGB V (Grundlohnentwicklung) fortgeschrieben werden. Ab dem Jahre 2000 werden die in § 17 Abs. 2b aufgeführten Kostenbestandteile unmittelbar über Investitionszuschläge zu den ab diesem Zeitpunkt geltenden abteilungsbezogenen Entgelten finanziert; im übrigen bleibt es bei der Finanzierung der Investitionskosten über den Fonds (vgl. Nummer 15).

Zu Nummer 10

Nach der Neuregelung der Investitionsfinanzierung tragen Länder und Krankenkassen jeweils auf der Landesebene gemeinsam das nach § 8 Abs. 3 erforderliche Gesamtaufkommen des Investitionsfonds während der Übergangsphase in den Jahren 1997 bis 2006; danach ab dem Jahre 2007 geht die Verantwortung für die notwendige Ausstattung des Fonds auf die gesetzlichen und privaten Krankenkassen über.

Ab dem Jahre 2000 wird ein wesentlicher Teil der Investitionskosten der Krankenhäuser gemäß der Regelung in § 17 Abs. 2b pauschal über die dann neu eingeführten abteilungsbezogenen Entgelte unmittelbar und nicht mehr aus dem Investitionsfonds finanziert.

In der Übergangsphase richtet sich der Finanzierungsanteil der Länder nach der Stufenregelung in Absatz 2. Danach gilt für die bisherige Einzelförderung eine in Stufen von 10-%-Punkten jährlich zwischen 1997 (100 %) und 2006 (10 %), für die bisherige Pauschalförderung eine in Stufen von rd. einem Drittel jährlich zwischen 1997 (100 %), 1998 (66 %) und

1999 (33 %) abnehmende Finanzierungsbeteiligung am Investitionsfonds. Ab dem Jahre 1998 übernehmen die Krankenkassen stufenweise im gleichen Maße die Verantwortung für die Finanzierung des Aufkommens am Investitionsfonds, indem die Länderverantwortung abschmilzt. Die Länder können auch nach der Übergangsphase zur Aufstockung des Investitionsfonds durch Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel beitragen.

Der von den einzelnen Krankenkassen auf Landesebene während und nach der Übergangszeit aufzubringende jeweilige Anteil am Aufkommen des Investitionsfonds richtet sich nach Absatz 4 nach dem jeweiligen Mitgliederanteil der einzelnen Krankenkassen im Verhältnis zum gesamten Mitgliederbestand. Stichtag für den Umlageschlüssel für den Mitgliederbestand ist dabei jeweils der 1. Januar.

Zu Nummer 11

Die Regelung sieht als Mittel zur Umsetzung der Krankenhausrahmenplanung und zur Konkretisierung der Investitionsfinanzierung den Abschluß von Investitionsverträgen vor. Partner der Investitionsverträge sind einheitlich und gemeinsam die Krankenkassen auf Landesebene und die einzelnen Krankenhäuser. In den Investitionsverträgen werden das Investitionsvorhaben sowie Art, Umfang und Zeitraum der Finanzierung aus dem Investitionsfonds festgelegt. Der Abschluß eines Investitionsvertrages steht grundsätzlich im pflichtgemäßen Ermessen der Vertragspartner. Soweit jedoch der Abschluß eines Investitionsvertrages für die Umsetzung der Krankenhausrahmenplanung unverzichtbar ist oder wenn das Investitionsvorhaben in einem Investitionsprogramm nach Absatz 5 enthalten ist, verdichtet sich das Ermessen dem Grunde nach zu einem Anspruch auf Abschluß eines Vertrages. Bei teilweise Nichtzustandekommen eines Investitionsvertrages setzt die Landesschiedsstelle nach § 18a auf Antrag einer Vertragspartei den Vertragsinhalt fest.

Übergangsweise gelten für die Investitionsvorhaben im Rahmen der bisherigen Einzelförderungen Investitionsverträge als abgeschlossen, wenn eine Bewilligung vor dem Inkrafttreten der Neuregelung am 1. Januar 1997 von der zuständigen Landesbehörde erteilt worden ist. Auch in diesen Fällen erfolgt die Finanzierung ab dem Jahre 1997 aus Mitteln des Investitionsfonds.

Entsprechend der Regelung für Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 3 SGB V sind Investitionsverträge der für die Krankenhausrahmenplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Diese hat ein auf drei Monate befristetes Beanstandungsrecht, das sich auf die Prüfung von Beeinträchtigungen der Krankenhausrahmenplanung beschränkt. Die Wirksamkeit des Investitionsvertrages tritt bei Fristablauf oder dann ein, wenn keine Beanstandung (mehr) vorliegt.

Als Instrument einer mehrjährigen Investitionsplanung insbesondere von größeren Investitionsvorhaben können die Krankenkassenverbände auf Landesebene ein Investitionsprogramm vereinbaren. Ein Anspruch auf Aufnahme einzelner Investitionsvorha-

ben in das Investitionsprogramm besteht ebenso wenig wie früher für die Aufnahme von Krankenhäusern in die Krankenhausplanung. Allerdings vermittelt die tatsächlich erfolgte Aufnahme eines Vorhabens in das Investitionsprogramm nach Absatz 5 einen Anspruch auf Abschluß eines Investitionsvertrages.

Zu Nummer 12

Nach der Regelung sind die in Absatz 1 aufgeführten Investitionskosten von Investitionsvorhaben auf der Grundlage eines Investitionsvertrages nach § 10 aus Mitteln des Investitionsfonds dem Grunde nach finanzierungsfähig, wobei nach § 10 Abs. 2 Art, Umfang und Zeitraum der Investitionsfinanzierung im Investitionsvertrag selbst festzulegen sind. Dabei handelt es sich um die Errichtungskosten einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern und um die Kosten zur Erleichterung der Schließung sowie der Umstellung von Krankenhäusern auf andere Aufgaben, vor allem zur Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige Pflegeabteilungen.

Diese Finanzierungstatbestände, die regelmäßig die ab dem Jahre 2000 vorgesehene Finanzierung über Investitionszuschläge zu den abteilungsbezogenen Entgelten bei einem einzelnen Krankenhaus überfordern würden, werden auch nach diesem Zeitpunkt und über die Übergangsphase hin zur monistischen Investitionsfinanzierung hinaus nach dem Jahre 2006 auf Dauer beibehalten. Für diese Finanzierungstatbestände wird damit auf Landesebene ein Ausgleich für Spitzenbelastungen einzelner Krankenhäuser durch Investitionsvorhaben geschaffen.

Demgegenüber ist nach Absatz 2 vorgesehen, daß übergangsweise in den Jahren 1997 bis 1999 die hier aufgeführten Kostenbestandteile grundsätzlich unmittelbar aus Mitteln des Investitionsfonds pauschal finanzierungsfähig sind, ohne daß hierfür im einzelnen der Abschluß eines Investitionsvertrages nach § 10 erforderlich ist. Der Umfang dieser pauschalen Investitionsfinanzierung ist gemäß Absatz 3 im einzelnen so zu bemessen, daß das zugrundeliegende Vorhaben unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in der GKV nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen finanziert werden kann. Die einzelnen Tatbestände dieser pauschalen Finanzierung, die in den Nummern 1 bis 5 aufgeführt sind, werden in den Landeskrankenhausgesetzen konkretisiert. Sie knüpfen insoweit an die bisherigen Tatbestände der Pauschalförderung an. Ab dem Jahre 2000 werden diese Finanzierungstatbestände mit Einführung des Systems abteilungsbezogener Entgelte in Form von Investitionszuschlägen zu diesen Entgelten gemäß § 17 Abs. 2b (vgl. Nummer 15e) vollständig in die Entgeltfinanzierung der Krankenhäuser einbezogen.

Zu den Nummern 13 und 14

Folgeänderungen zur Änderung der Entgeltregelung im Krankenhausbereich.

Zu Nummer 15

Für die Ermittlung der Entgelte wird nach Absatz 1 Satz 4 die Beachtung der Beitragssatzstabilität nach Maßgabe des Krankenversicherungsrechts (SGB V) ausdrücklich vorgeschrieben. In diesem Rahmen sollen grundsätzlich die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen angeboten werden. Entgelte und Leistungen sollen auf der Grundlage von Krankenhausbetriebsvergleichen nach § 19 (vgl. Nummer 19) berücksichtigt werden.

Nach Absatz 2a Satz 1 und 2 ist die vor Inkrafttreten dieser Regelung geltende Entgeltsystematik auf der Basis von bundeseinheitlichen Fallpauschalen und Sonderentgelten bis zum 31. Dezember 1999 weiterhin der Abrechnung der Krankenhausleistungen zugrunde zu legen. Die Verordnung zur Regelung der Entgelte nach § 16 gibt hierbei die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vor.

Nach Absatz 2b ist ab 1. Januar 2000 das gesamte System der Entgelte für Krankenhausleistungen auf eine neue Grundlage zu stellen. Sämtliche bis zu diesem Zeitpunkt angewandten Entgeltformen werden damit durch abteilungsbezogene Entgelte mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen abgelöst. Im Rahmen der hierfür von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundeskrankenhausesvereinigung zu schließenden Vereinbarungen sind die bis dahin entwickelten Fallpauschalen und pauschalisierten Sonderentgelte in abteilungsbezogene Entgelte zu integrieren. Aber auch die bisherigen Abteilungspflegesätze sowie die einheitlichen Basispflegesätze werden durch die neuen Entgeltformen ersetzt. Grundlage für dieses neue abteilungsbezogene Entgeltsystem, das sämtliche Krankenhausleistungen abdeckt, sind die Ergebnisse der Krankenhausbetriebsvergleiche (vgl. Nummer 19).

Nach Absatz 2b Satz 6 regelt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das abteilungsbezogene Entgeltsystem ersatzweise unmittelbar, falls die Vereinbarung durch die Spitzenorganisation der Krankenkassen und Krankenhäuser bis zum 30. Juni 1999 nicht zustande kommt. Im übrigen wird durch die vorgesehene Vereinbarungslösung die bisherige Regelung des Entgeltsystems in der Bundespflegesatzverordnung entbehrlich.

Nach Absatz 2b Satz 4 Nr. 1 bis 5 werden die nach § 11 Abs. 2 zwischen 1997 und 1999 übergangsweise pauschal aus Mitteln des Investitionsfonds finanzierungsfähigen Tatbestände (vgl. Nummer 12) ab dem 1. Januar 2000 in Form von Investitionszuschlägen zu den dann geltenden abteilungsbezogenen Entgelten in das neue Entgeltsystem einbezogen. Dagegen bleibt es für die in § 11 Abs. 1 aufgeführten Finanzierungstatbestände auf Dauer bei der dort geregelten Investitionsfinanzierung aufgrund von Investitionsverträgen aus Mitteln des Investitionsfonds. Damit sind ab dem Jahre 2000 grundsätzlich alle Investitionskosten unmittelbar in die Entgelte für die Leistungen der Krankenhäuser einbezogen. Ausgenommen davon sind vor allem große Investitionsvorhaben nach § 11 Abs. 1, die im Sinne eines Spitzenaus-

gleichs auf Landesebene zur Entlastung des Entgelt-niveaus eines einzelnen Krankenhauses auch weiterhin nach der Übergangsphase über den Investitionsfonds finanziert werden.

Nach Absatz 2c wird die bundesweite Vereinbarung des abteilungsbezogenen Entgeltsystems durch Vereinbarungen der Krankenkassenverbände und der Landeskrankenhausesvereinigungen auf Landesebene konkretisiert, so daß den jeweiligen Entgelten mit Bewertungsrelationen in Deutsche Mark ausgedrückte Punktwerte zugeordnet werden. Die sich hieraus ergebenden in Deutsche Mark ausgedrückten Entgelte haben den Charakter von Höchstpreisen auf Landesebene; sie sollen durch Vereinbarungen der Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern unter Ausschöpfung der vor Ort erzielbaren Wirtschaftlichkeitsverbesserungen unterschritten werden. Private Krankenversicherungsunternehmen können sich an dem Verfahren beteiligen. Außerdem sind Vereinbarungen zeitlich begrenzter Modellvorhaben zur Entwicklung neuer abteilungsbezogener Entgelte durch die Vertragspartner möglich.

Nach Absatz 4 dürfen in den Entgelten der nach diesem Gesetz investitionsfinanzierten Krankenhäuser und der Universitätskliniken sonstige spezielle Kosten nicht berücksichtigt werden. Im einzelnen handelt es sich dabei um Kosten

- von Einrichtungen nach § 5 Nr. 8, die nicht unmittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen,
- von Einrichtungen nach § 5 Nr. 9, die aufgrund von bundesrechtlichen Vorschriften vorgehalten oder unterhalten werden (Ausnahme Einrichtungen aufgrund von § 37 des Bundesseuchengesetzes),
- von Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind,
- sowie um Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird.

Dagegen gilt nach Absatz 4a für die Kosten der notwendigerweise mit Krankenhäusern verbundenen beruflichen Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a für die dort aufgeführten Berufe eine besondere Umlageregelung auf Landesebene. Danach werden diese Kosten aufgrund einer Vereinbarung auf Landesebene gleichmäßig von allen Krankenkassen entsprechend ihrem Mitgliederanteil finanziert. Darüber hinaus kann in den Landeskrankenhausesgesetzen im einzelnen geregelt werden, welche besonderen Aufgaben die Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens zu übernehmen haben. Die dadurch verursachten zusätzlichen Sach- und Personalkosten sind in die Finanzierung entweder über die Entgelte einzubeziehen oder von den Krankenkassen durch eine sonstige Finanzierung zu gewährleisten.

Zu Nummer 16

Folgeänderung zur Änderung der Entgeltregelung.

Darüber hinaus wird nach Absatz 4 die bisherige Regelung über die Festsetzung der Pflegesätze (bisher in Absatz 5) im Rahmen eines behördlichen Geneh-

migungsverfahren ersetzt durch eine Schiedsstellenlösung ohne behördliche Genehmigung. Danach setzt die Schiedsstelle bei Nichtzustandekommen einer Entgeltvereinbarung auf Antrag einer Vertragspartei die Entgelte unverzüglich fest, und zwar im Rahmen der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied nach den §§ 270 und 270a SGB V.

Zu Nummer 17

Folgeänderungen der Bildung von Landeskrankenhausvereinigungen (§ 108a SGB V).

Zu Nummer 18

Die bisherige Spezialregelung für Rationalisierungsinvestitionen wird durch die allgemeine Regelung in § 10 über Investitionsverträge (vgl. Nummer 11) abgelöst. Rationalisierungsinvestitionen können künftig zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in Investitionsverträgen allgemein vereinbart werden.

Zu Nummer 19

Als Grundlage für das neue abteilungsbezogene Entgeltsystem und für seine Weiterentwicklung dienen Krankenhausbetriebsvergleiche. Hierfür schließen die Bundeskrankenhausvereinigung und die Spitzenverbände der GKV unter Beteiligung der Bundesärztekammer auf Bundesebene eine Vereinbarung über Grundsätze, Verfahren, Inhalt und Maßstäbe von Krankenhausbetriebsvergleichen. Neben anderen für die Entwicklung des Entgeltsystems zweckdienlichen Gesichtspunkten sind dabei insbesondere die Patientenstruktur hinsichtlich Diagnose und Schweregrad der Erkrankung zugrunde zu legen. Aspekten der Qualitätssicherung kommt im Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Auf Landesebene haben die Landeskrankenhausvereinigungen und die Krankenkassenverbände die dafür erforderlichen Daten gemeinsam zu erheben. Die Auswertung dieser Daten erfolgt durch die Vertragspartner nach Satz 1. Bei Nichtzustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 1997 erläßt die Bundesregierung ersatzweise eine entsprechende Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

Zu Nummer 20

Folgeänderung zur Änderung der Entgeltregelungen und der Investitionsfinanzierung.

Zu Nummer 21

Folgeänderung zur Änderung der Entgeltregelungen und Neuregelung der Krankenhausrahmenplanung.

Zu Artikel 7

Während der Übergangszeit zur Einführung der monistischen Finanzierung in den Jahren 1997 bis 2006 haben die Länder nach Artikel 6 Nr. 7 b bei der Krankenhausplanung mit den Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften im Verfahren der Aufstellung eines Krankenhausrahmenplans Einvernehmen anzustreben. Nach Ablauf der Übergangs-

zeit ab dem Jahre 2007 wird geregelt, daß die Stellung der Krankenkassen im Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausrahmenplans auf Landesebene gegenüber den für die Krankenhausrahmenplanung zuständigen Ländern dadurch gestärkt wird, daß das Einvernehmen der Krankenkassen mit den Festlegungen des Krankenhausrahmenplans herzustellen ist.

Zu Artikel 8

Zu Nummer 1

Die Regelung eröffnet die Möglichkeit der Überprüfung der Verordnungen im Festbetragsbereich durch ein Normenkontrollverfahren, das bei dem Landessozialgericht, in dessen Bezirk die Bundesregierung ihren Sitz hat, durchgeführt wird. Hierbei hat das Gericht die Möglichkeit, durch eine einstweilige Anordnung die Geltung der Verordnung vorläufig auszusetzen.

Zu Nummer 2

Redaktionelle Folgeänderung aus der Änderung der Rechtsschutzsystematik im Festbetragsbereich.

Zu Artikel 9

Die Weiterbildung von Allgemeinärzten in Hausarztpraxen bedarf dringend einer Förderung, da das quantitative Verhältnis zwischen Hausärzten und Fachärzten verbessert werden muß. Die Privatpatienten bzw. deren Versicherungsunternehmen haben an dieser Entwicklung ein großes wirtschaftliches Interesse, so daß sie auch an den Kosten zu beteiligen sind.

Zu Artikel 10

Zu § 1

Die Mitglieder des neu gebildeten Verwaltungsrates werden bis zum 30. Juni 1998 aus den vorher jeweils bestehenden Vertreterversammlungen gewählt. Im Bereich der Psychotherapeuten findet die Bestimmung der Mitglieder des Verwaltungsrates durch eine Urwahl statt; dies knüpft an entsprechende Regelungen für die psychotherapeutische Versorgung an. Die Amtsdauer des Verwaltungsrates knüpft an die Wahlzeit der Selbstverwaltungsorgane an.

Zu § 2

Die neu gebildeten Verwaltungsräte der Sektionen wählen bis zum 31. Dezember 1998 ihr Vorstandsmitglied. Hierbei sind die Grundsätze des bis zum 1. Januar 1999 neu gefaßten § 80 SGB V anzuwenden.

Zu § 3

Für den Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung finden die gleichen Regelungen wie für den Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Vereinigungen Anwendung. Da vorher entsprechende Wahlen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung stattgefunden haben müssen, wird der neu gebildete

Verwaltungsrat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. September 1998 gewählt.

Zu § 4

Die Regelungen für die Wahl der neugebildeten Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 2) werden entsprechend für die Wahl des neugebildeten Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übernommen.

Zu § 5

Die Neuregelungen im Festbetragsbereich finden für die zukünftigen Festsetzungen Anwendung. Bereits heute werden aber über 70 % aller Arzneimittel von Festbeträgen erfaßt, diese Medikamente haben einen Umsatzanteil von über 50 %.

Auf diese Arzneimittel ist zukünftig ebenfalls die neugeschaffene Festbetragssystematik anzuwenden. Für entsprechende Regelungen wird dem Verordnungsgeber aufgrund des damit zusammenhängenden Verwaltungsaufwandes eine Frist bis zum 31. Dezember 1999 eingeräumt.

Zu § 6

Die Selbstverwaltung erhält nach § 87 SGB V den Auftrag, die getrennten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe bis Ende 1997 zu entwickeln. Das Jahr 1998 ist das erste Jahr, in dem die neuen einheitlichen Bewertungsmaßstäbe voll angewandt werden. Die darauf fußenden getrennten Abrechnungen liegen abschließend im Verlauf des ersten Halbjahres 1999 vor. Sie bilden die Grundlage für die erstmalige

Trennung der Gesamtvergütungen, die zum 1. Januar 2000 vorzunehmen ist.

Erfolgt keine Trennung der Gesamtvergütungen bis zum 30. Juni 1999, haben die zuständige Aufsichtsbehörde oder die Vertragspartner das Landesschiedsamt einzuschalten.

Zu Artikel 11

Die Regelung ermöglicht, daß eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen vermieden wird und zukünftig wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung erfolgen kann.

Zu Artikel 12

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das grundsätzliche Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 1997.

Zu Absatz 2

Nach Umsetzung des neuen einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (vgl. Artikel 1 Nr. 29 d) kann § 85 Abs. 2 b entfallen.

Zu Absatz 3

Die Regelungen zur Organisationsreform der vertragsärztlichen Selbstverwaltung mit den entsprechenden Folge Regelungen treten einheitlich zum 1. Januar 1999 in Kraft.

