

Gesetzentwurf

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

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)

A. Problem

Zunehmend wird erkennbar, daß eine noch stärkere Regulierung und Kontrolle des Gesundheitswesens durch zusätzliche Interventionen des Gesetzgebers nicht geeignet sind, stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer zu gewährleisten. Auch lassen die ausgabenbegrenzenden Wirkungen der Sofortmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes nach.

Mit dem Gesetzentwurf sollen daher die Selbststeuerungskräfte im Gesundheitswesen deutlich gestärkt werden, indem den Selbstverwaltungen weitestgehend Leistungs- und Finanzverantwortung übertragen wird. Ziel ist es, ein sich selbst steuerndes System zu schaffen. Dieses muß das medizinisch Erforderliche mit dem volkswirtschaftlich Vertretbaren und dem Versicherten Zumutbaren in Einklang bringen.

B. Lösung

Die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltungen der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen werden umfassend erweitert. Diese nehmen künftig eine erhöhte Leistungsverantwortung wahr, die durch die Liberalisierung des Vertragsrechts, durch eine deutlich erweiterte Kompetenz für Modellvorhaben sowie durch zusätzliche Entscheidungsspielräume für die satzungsrechtliche Ausgestaltung bestimmter Leistungen erreicht wird. Auch die Finanzverantwortung der Selbstverwaltungen wird ausgebaut. Die inhaltlichen und formellen Voraussetzungen insbesondere für Beitragssatzerhöhungen werden verschärft. Die Befugnisse der staatlichen Aufsicht werden dementsprechend zurückgenommen.

Die Stärkung der Selbstverwaltungskräfte wird flankiert von Anreizen für die Versicherten, verstärkt Eigenverantwortung bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu übernehmen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Das GKV-Weiterentwicklungsgesetz führt zu finanziellen Entlastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und dient der Stabilisierung der Beitragssätze der Krankenkassen. Mehrausgaben durch das Gesetz entstehen nicht.

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)

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

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 4	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 5	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 7	Rechtsangleichung
Artikel 8	Inkrafttreten

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. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind. Die Satzung kann für Verwaltungsmehrkosten einen Abschlag vom Erstattungsbetrag vorsehen.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

2. In § 23 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „39 Abs. 4“ durch die Angabe „40 Abs. 5“ ersetzt.

3. In § 27 Abs. 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer eingefügt:

„3a. Rettungsdienst und Krankentransport,“

4. § 31 Abs. 3 und 4 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen drei Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen fünf Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen sieben Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.

(4) Vom 1. Juli 1997 an sind die nach § 62a angepaßten Zuzahlungsbeträge zu leisten.“

5. § 35 wird wie folgt gefaßt:

„Festbeträge für Arzneimittel

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel die Festbeträge festzusetzen, bis zu deren Höhe die Krankenkasse die Kosten trägt (§ 31 Abs. 2). Das Bundesministerium für Gesundheit setzt die Festbeträge für Arzneimittel auf Grund der ihm nach den Absätzen 3 und 4 vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgelegten Vorschläge nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit den in den Absätzen 2 bis 5 genannten Voraussetzungen fest. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen; die Absätze 3 und 4 sind entsprechend anzuwenden.

(2) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben

Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist.

(3) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit Vorschläge, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Wirkstoffgruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, werden Festbeträge der Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 nicht gebildet. Wenn Festbetragsgruppen nach Satz 2 Nr. 1 für Arzneimittel gebildet werden können, dürfen diese Arzneimittel nicht in Gruppen nach Satz 2 Nr. 2 und 3 mit Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen zusammengefaßt werden. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen, auf deren Grundlage die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Vorschlag zur Festbetragsfestsetzung erarbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit entscheidet über die Gruppenbildung und gibt seine Entscheidung den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam und einheitlich erarbeitete Vorschläge, in welcher Höhe für die von ihm bekannt gegebenen Gruppen von Arzneimitteln auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen jeweilig die Festbeträge festzusetzen sind.

(5) Zur Erarbeitung ihrer Vorschläge haben der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zu den Vorschlägen zu Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen leiten die Stellungnahmen dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit ihren Vorschlägen zu und geben dabei auch eine Bewertung der Stellungnahmen ab.

(6) Die bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift festgesetzten Festbeträge gelten bis zu ihrer Änderung durch das Bundesministerium für Gesundheit fort, soweit sie nach Maßgabe des früheren Rechts festgesetzt worden sind.

(7) Gegen das Bundesministerium für Gesundheit kann Klage vor dem Landessozialgericht, in dessen Bezirk das Bundesministerium für Gesundheit seinen Sitz hat, mit dem Antrag erhoben werden, über die Gültigkeit der Rechtsverordnung zu einzelnen Festbeträgen zu entscheiden. Den Antrag kann jede natürliche oder juristische Person stellen, die durch die Festsetzung der Festbeträge einen Nachteil erlitten hat oder zu erleiden droht. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen können beigeladen werden. Das Landessozialgericht entscheidet durch Urteil. Hält das Landessozialgericht die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit für ungültig, so erklärt es sie für nichtig. In diesem Fall ist die Entscheidung allgemein verbindlich und die Entscheidungsformel vom Antragsgegner ebenso zu veröffentlichen wie die Rechtsvorschrift bekannt gemacht worden ist. Gegen die Entscheidung des Landessozialgerichts ist die Revision zum Bundessozialgericht zulässig. Die Revision hat aufschiebende Wirkung. Das Landessozialgericht kann auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn die Gefahr besteht, daß schwere und unmittelbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstehen, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre."

6. Nach § 36 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 36a

Rettungsdienst und Krankentransport

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes. Dieser umfaßt die notfallmedizinische Versorgung und die Transportleistung.

(2) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Krankentransports. Dieser umfaßt Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

(3) Für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der nach § 133 vereinbarten Vergütungen abzüglich des in § 60 Abs. 2 genannten Betrages. Werden Leistungserbringer in Anspruch genommen, mit denen kein Vertrag nach § 133 besteht, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch in Höhe der preisgünstigsten nach § 133 vereinbarten Vergütung. Bei Leistungen nach Absatz 1 zieht die Krankenkasse den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag von den Versicherten ein. § 60 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend."

7. § 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „11“ durch die Zahl „12“ ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Vom 1. Juli 1997 an ist der nach § 62 a angepaßte Zuzahlungsbetrag zu leisten.“

8. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Vom 1. Juli 1999 an ist der nach § 62 a angepaßte Zuzahlungsbetrag zu leisten.“

b) Folgende Absätze werden angefügt:

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

(7) Versicherte, die eine Maßnahme in Anspruch nehmen, für die eine Zuzahlung nach Absatz 5 zu leisten ist, haben sich für je fünf Arbeitstage der Dauer dieser Maßnahme zwei Tage Urlaub anrechnen zu lassen.“

9. Nach § 52 wird folgender Titel eingefügt:

„Vierter Titel.

Gestaltungsleistungen

§ 53

Grundsatz

(1) Die Krankenkasse kann nach Maßgabe der folgenden Vorschriften in ihrer Satzung Leistungen eigenverantwortlich gestalten.

(2) Die Gestaltungsleistungen gelten für alle Versicherten der Krankenkasse.

§ 54

Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann nur die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig.

(2) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (§ 28), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 der Bundespflegesatzverordnung 1995), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§§ 58 und 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18, 20 Abs. 3 Satz 4) können nicht erweitert werden.

(3) Die Krankenkasse hat die Ausgaben für erweiterte Leistungen einschließlich der auf diese entfallenden Verwaltungskosten getrennt auszuweisen. Die Beiträge für diese Leistungen sind von den Versicherten allein zu tragen.

§ 55

Zuzahlungen

Die Krankenkasse kann Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, erhöhen; die Einführung neuer Zuzahlungen ist nicht zulässig.

§ 56

Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Rückzahlung beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Waren die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen niedriger als der in Satz 2 genannte Betrag, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, § 24 bis § 24 b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 57

Selbstbehalt

Die Krankenkasse kann vorsehen, daß Versicherte, die Kostenerstattung (§ 13) in Anspruch nehmen, jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich des Arbeitgeberanteils und des Zuschusses nach § 257 sind für diese Versicherten entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe der Selbstbehalte und die damit verbundenen Beitragsermäßigungen.“

10. § 60 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrtkosten)“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Nummern 2 und 3 gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 2.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Vom 1. Juli 1997 an tritt der nach § 62 a angepaßte Zuzahlungsbetrag an die Stelle des in den Sätzen 1 und 3 genannten Deutsche Mark-Betrages.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 133“ durch die Worte „dem Personenbeförderungsgesetz“ ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 3.

11. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und die Worte „Rettungsdiensten und Krankentransporten“ eingefügt.

12. In § 62 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln“ die Worte „sowie Rettungsdiensten und Krankentransporten“ eingefügt.

13. Nach § 62 wird folgender § 62 a eingefügt:

„§ 62 a

Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3, § 60 Abs. 2 sowie § 310 Abs. 1 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1997 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepaßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis

zum 15. Oktober des der Anpassung vorangehenden Kalenderjahres bekannt.“

14. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Überschrift:

„Zehnter Abschnitt.

Weiterentwicklung der Versorgung“

15. Die §§ 63 bis 65 werden wie folgt gefaßt:

„§ 63

Grundsätze

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(3) Bei der Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels dieses Buches und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden.

(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der medizinischen und pharmakologischen Forschung können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

(5) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die für das Modellvorhaben erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu anonymisieren.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenteilung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend; § 64 Abs. 4 gilt nicht.

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Für die vertragsärztliche Versorgung sind die Vereinbarungen nach Satz 1 mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.

(2) In den Vereinbarungen nach Absatz 1 sind Regelungen zum Ziel, zur Ausgestaltung und zur Dauer der Modellvorhaben sowie zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Leistungserbringern und ihre Vergütung zu treffen; es kann auch eine Höchstzahl der an einem Modellvorhaben zu beteiligenden Leistungserbringer bestimmt werden.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt die Teilnahme von Vertragsärzten an einem Modellvorhaben in den für amtliche Bekanntmachungen vorgesehenen Publikationen aus. Wird in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 2 eine Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte bestimmt, sind Regelungen für den Fall zu treffen, daß die Zahl der Vertragsärzte, die sich für eine Teilnahme an einem Modellvorhaben bewerben und die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, die Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte übersteigt. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Krankenkassen oder ihre Verbände innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung über die teilnehmenden Ärzte.

(4) Ist eine Vereinbarung nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 innerhalb von vier Monaten nach Zuleitung des Entwurfs einer Vereinbarung durch die Krankenkassen oder ihre Verbände an die Kassenärztliche Vereinigung nicht zustande gekommen, hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertrag auf der Grundlage des Entwurfs zu schließen, wenn in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb dieser Frist durchgeführten Abstimmung mehr als 25 vom Hundert ihrer Mitglieder oder mehr als 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, dem Entwurf zugestimmt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung führt die Abstimmung nach Satz 1 unter entsprechender Anwendung der Regelungen zur Wahl der Vertreterversammlung durch. Sind die Voraussetzungen für den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 erfüllt und kommt der

Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, kann die Krankenkasse oder ihr Verband das Schiedsamt anrufen; § 89 gilt entsprechend.

(5) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt anrufen.

§ 65

Auswertung der Modellvorhaben

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Soweit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung Gegenstand eines Modellvorhabens ist, sind auch die Ausgaben je am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten mit den entsprechenden Ausgaben für die Versicherten, die nicht am Modellvorhaben teilnehmen, zu vergleichen.

(2) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist von unabhängigen und nicht an Weisungen gebundenen Sachverständigen durchzuführen, die nicht an dem Modellvorhaben beteiligt sind. Personenbezogene Daten sind in anonymisierter Form an die Sachverständigen weiterzuleiten. Der von den Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 1 ist zu veröffentlichen.

(3) Die Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 müssen Regelungen über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Auswertung nach Absatz 1 erforderlichen Daten enthalten; insbesondere sind die damit verbundenen Verpflichtungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer zu regeln."

16. Die §§ 67 und 68 werden gestrichen.

17. In § 69 werden nach dem Wort „Krankenhäuser,“ die Worte „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,“ eingefügt.

18. § 71 wird wie folgt gefaßt:

„§ 71

Beitragssatzstabilität

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Ver-

gütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten."

19. In § 73 Abs. 1c Satz 1 werden die Worte „gemeinsam und einheitlich“ gestrichen.

20. § 75 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.“

21. In § 78 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „die §§ 80 und 85“ durch die Angabe „§ 80“ ersetzt.

22. Dem § 85 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sind die Teile der Gesamtvergütung, die die Krankenkasse für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Wege der Kostenerstattung an Versicherte entrichtet hat, in Abzug zu bringen.“

23. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 a Satz 2 werden die Worte „drei Monaten“ durch die Worte „einem Monat“ ersetzt.

- b) In Absatz 3 werden die Sätze 4 und 5 wie folgt gefaßt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landesozialgerichts berufen. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden.“

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß die unparteiischen Mitglieder durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen werden, wenn keine Einigung zwischen den Beteiligten zustande kommt.“

- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefaßt:

„Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für Klagen der Vertragspartner gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.“

- bb) Satz 6 wird gestrichen.

- e) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 4, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.“

24. In § 106 Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§§ 29, 30 und 64“ durch die Angabe „§§ 29 und 30“ ersetzt.

25. § 111 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Träger einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit Wirkung für die Mitgliedskassen zustande; er bedarf der Schriftform. Ein Versorgungsvertrag darf nur abgeschlossen werden, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllt,
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig ist und
3. einen Vertrag über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation abgeschlossen hat.

Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Landesverbände der Krankenkassen, auch eines anderen Bundeslandes, oder Verbände der Ersatzkassen können dem Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht; ein entsprechendes Beitrittsrecht haben auch einzelne Krankenkassen eines anderen Bundeslandes.

- b) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden; die Kündigungsfrist beträgt drei Jahre, wenn die Kündigung vor dem 1. Januar 1999 der anderen Vertragspartei zugeht. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages anzustreben; sind Gegenstand des Vertrages Leistungen für Anschlußheilbehandlung, ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages herzustellen.“

26. § 112 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft zweiseitige Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Worte „bis zum 31. Dezember 1989“ werden gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.“

27. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten in der Schiedsstelle mit.“

b) In Absatz 2 werden die Sätze 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 berufen.“

28. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft dreiseitige Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen.“

c) Absatz 4 wird gestrichen.

29. § 115 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird gestrichen.

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2.

b) Absatz 3 wird gestrichen.

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3. Folgender neuer Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung in einem dreiseitigen Vertrag die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen. Die Vergütung muß für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlich sein. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von

drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest. Die Erweiterung der Schiedsstelle erfolgt in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 115 Abs. 3 Satz 2 bis 5.“

d) Die Absätze 4 und 5 werden gestrichen.

30. In § 120 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „gemeinsam“ gestrichen.

31. § 133 wird wie folgt gefaßt:

„§ 133

Versorgung mit Leistungen
des Rettungsdienstes und Krankentransports

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen im erforderlichen Umfang Verträge über die Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports sowie über deren Vergütung mit preisgünstigen, nach Landesrecht zugelassenen Leistungserbringern. Sie können Verträge nach Satz 1 auch mit nach Landesrecht gebildeten Rettungszweckverbänden schließen. In den Verträgen können pauschale Gesamtbeträge zur Versorgung der Versicherten für einen festgelegten Zeitraum vorgesehen werden. Notwendige Aufwendungen für die Rettungsleitstellen können anteilig berücksichtigt werden.

(2) Die in den Verträgen nach Absatz 1 festgelegten Vergütungen gelten nach Ablauf vertraglich bestimmter Fristen bis zum Abschluß neuer Vergütungsvereinbarungen weiter.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 für Leistungen des Rettungsdienstes nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei eine Schiedsstelle. Sie ist in gleicher Zahl aus Vertretern der Vertragsparteien sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zu bilden. § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.“

32. Dem § 195 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für die Bestimmungen über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes.“

33. In § 208 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „die §§ 80 und 85“ durch die Angabe „§ 80“ ersetzt.

34. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Beitragserhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, sind nur zulässig, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist. Beitragserhöhungen sind

insbesondere nicht zulässig, wenn sie verursacht würden

1. durch eine Steigerung der Verwaltungsausgaben, die über der durchschnittlichen Steigerungsrate aller Krankenkassen liegt,
2. durch Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht (ausgenommen Anschlußheilbehandlung) und für Modellvorhaben nach § 63.“

b) Die Absätze 2 bis 4 werden gestrichen.

35. § 221 wird wie folgt gefaßt:

„§ 221

Beitrags erhöhungen

Beitrags erhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, bedürfen der Zustimmung von mehr als drei Viertel der satzungsmäßigen Mitglieder des Verwaltungsrates. Vor der Beschlußfassung hat der Vorstand dem Verwaltungsrat darzulegen, daß alle Möglichkeiten der Kasse, auf Einnahmen und Ausgaben zur Stabilisierung des Beitragsatzes Einfluß zu nehmen, ausgeschöpft und die Beitrags erhöhungen nach § 220 Abs. 1 Satz 4 und 5 zulässig sind.“

36. § 222 wird gestrichen.

37. Dem § 249 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei Krankenkassen, deren Verwaltungsrat abweichend von § 44 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Vierten Buches zusammengesetzt ist, darf der vom Arbeitgeber nach Satz 1 zu tragende Beitragsanteil die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragsatzes der Ortskrankenkassen nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den nach Satz 2 anzuwendenden Beitragsatz, der auf eine Stelle nach dem Komma zu runden ist, jeweils zum 1. September fest; er findet für das darauffolgende Kalenderjahr Anwendung.“

38. § 266 Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, für erweiterte Leistungen (§ 54) und für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2“.

39. § 275 Abs. 2 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen. Für stationäre Vorsorge- und

Rehabilitationsmaßnahmen ist eine Prüfung nicht erforderlich, wenn der Medizinische Dienst innerhalb eines Jahres vor Antragstellung ihre Notwendigkeit in einem der Krankenkasse vorliegenden Gutachten empfohlen hat.“

40. § 284 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird die Angabe „(§ 65)“ durch die Angabe „(§ 56)“ ersetzt.

bb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Kostenerstattung“ ein Komma und die Worte „Modellvorhaben (§§ 63 bis 65)“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden die Worte „nach § 65“ durch die Worte „nach § 56“ ersetzt.

41. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6“ ein Komma und die Angabe „§§ 63 bis 65“ eingefügt.

b) In Absatz 3 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Worte „und nach §§ 63 bis 65“ eingefügt.

42. § 292 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Krankenkassen, die für Mitglieder eine Beitragsrückzahlung (§ 56) vorsehen, haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die für jeden Versicherten maßgebliche Betragsgrenze zu ermitteln und die Art und den Wert der nach § 56 zu berücksichtigenden Leistungen aufzuzeichnen.“

b) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

43. § 294 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 erforderlichen personenbezogenen Daten aufzuzeichnen und an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Modellvorhaben durchführen, zu übermitteln.“

44. In § 299 Satz 1 werden die Worte „an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen“ durch die Worte „für Mitglieder eine Beitragsrückerstattung vorsehen“ und die Angabe „§ 65 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 56“ ersetzt.

45. § 305 wird wie folgt gefaßt:

„§ 305

Auskünfte an Versicherte

(1) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, Versicherte über die von ihnen in Anspruch ge-

nommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten, sofern der Versicherte das verlangt.

(2) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer können mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbaren, daß die Krankenkassen die Unterrichtung nach Absatz 1 durchführen.

(3) Soweit eine Vereinbarung nach Absatz 2 vorliegt, unterrichten die Krankenkassen die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen in den Fällen des Satzes 1 die Angaben über die von den Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten für jeden Versicherten gesondert in einer Form, die eine Kenntnisnahme durch die Krankenkassen ausschließt. Die Krankenkassen leiten die Angaben an den Versicherten weiter. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln."

46. § 310 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 40 Abs. 5 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich 20 Deutsche Mark, bei der Anwendung des § 39 Abs. 4 und des § 40 Abs. 6 kalendertäglich neun Deutsche Mark zu zahlen. Vom 1. Juli 1997 an sind die nach § 62 a angepaßten Zuzahlungsbeträge zu leisten; der Betrag von 20 Deutsche Mark wird erstmals zum 1. Juli 1999 angepaßt."

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 85 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch ..., wird folgender Absatz angefügt:

"(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen."

Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 195 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2“ durch die Angabe „56“ ersetzt.
2. In § 196 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3“ eingefügt „und 4“.

Artikel 4

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. In § 22 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2“ durch die Angabe „56“ ersetzt.
2. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3“ eingefügt „und 4“.

Artikel 5

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 8 Abs. 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In Satz 4 werden der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt.
2. Folgende Sätze werden angefügt:
„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landesozialgerichts berufen; durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden.“

Artikel 7

Rechtsangleichung

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 90 vom Hundert der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erreicht hat, spätestens jedoch mit Wirkung vom 1. Januar 1999, treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 310 Abs. 3 Satz 2, § 311 Abs. 2, 2a und 4 Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7.

(2) Soweit Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Arbeitsentgelten, Arbeitseinkommen, Gesamteinkommen oder Beitragsbemessungsgrundlagen

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,

2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(3) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet

der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschritten wurde.

(4) In Artikel 35 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wird Absatz 9 aufgehoben.

Artikel 8 **Inkrafttreten**

(1) Das Gesetz tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 45 tritt am 1. Januar 1999 in Kraft.

Bonn, den 30. Januar 1996

Dr. Wolfgang Schäuble, Michael Glos und Fraktion
Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf

1. Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitswesen

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein bewährtes, leistungsfähiges und international anerkanntes Gesundheitssystem. Ähnlich wie andere westliche Industrienationen steht das deutsche Gesundheitswesen und damit auch die gesetzliche Krankenversicherung vor großen Herausforderungen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts kommt es in Zukunft darauf an, das Gesundheitssystem auf qualitativ hohem Niveau weiterzuentwickeln und zugleich die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei stabilen Beitragssätzen finanzierbar und damit die Belastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragbar und überschaubar bleiben.

Steigende Beitragssätze erhöhen die Abgabenbelastungen der Arbeitnehmer und verringern damit die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte. Zudem gefährden unbegrenzt steigende Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe, bedrohen Wirtschaftswachstum und Beschäftigung und erschweren damit den dringend erforderlichen Abbau der Arbeitslosigkeit. Die gesamtwirtschaftlichen Zusammenhänge machen es erforderlich, die Höhe und den Zuwachs der Ausgaben im Gesundheitswesen und in der gesetzlichen Krankenversicherung ständig auf ihre medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu überprüfen und auf eine verantwortliche Inanspruchnahme der Leistungen hinzuwirken. Beitragssatzerhöhungen sind nur gerechtfertigt, wenn anders die notwendige medizinische Versorgung und die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt auch nach Ausschöpfen aller Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten wäre.

Seit 1977 hat der Gesetzgeber in immer kürzer werdenden Abständen mit immer tiefer reglementierenden Maßnahmen in das Gesundheitssystem eingegriffen. 46 größere Gesetze mit über 6 800 Einzelbestimmungen waren die Folge dieser Interventionsspirale. Die Erfahrungen mit den Gesetzen zur Kostendämpfung haben gezeigt, daß sie im allgemeinen nur vorübergehend in der Lage waren, den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen und den Anstieg der Beitragssätze zu bremsen. Mit zunehmendem Abstand zum Inkrafttreten gesetzlicher Neuregelungen ließen die ausgabenbegrenzenden Wirkungen und die Ausgabendisziplin der Beteiligten jeweils wieder nach.

Bislang gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung kein selbststeuerndes System, das der Selbstverwaltung einerseits den dafür erforderlichen Gestaltungsspielraum eröffnet und andererseits Beitragssatzsteigerungen verhindert, die nicht zur Realisierung des medizinischen Fortschritts erforderlich, sondern auf Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung zurückzuführen sind. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform zieht daraus die notwendigen Konsequenzen, indem sie für die Selbstverwaltung im Vertrags- und Leistungsbereich die Gestaltungsspielräume umfassend erweitert und deren Finanzverantwortung deutlich stärkt. Damit soll die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen durch die Selbstverwaltung ermöglicht und die Notwendigkeit ständiger Interventionen durch den Gesetzgeber beendet werden. Dieser Handlungsbedarf wird verstärkt durch die zunehmend defizitäre Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der vorliegende Gesetzentwurf basiert auf den Eckpunkten der Koalitionsarbeitsgruppe zur Gesundheitsreform im ambulanten Bereich vom 18. Dezember 1995. Er bildet gemeinsam mit dem im November 1995 vorgelegten Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 das Konzept der Koalitionsarbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung. Mit den Reformgesetzen werden die Voraussetzungen für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilen Beitragssätzen entscheidend verbessert. Dies wird in diesem Gesetzentwurf durch folgendes Maßnahmenbündel erreicht:

- Die Übertragung der Leistungsverantwortung auf die Selbstverwaltung mit der Liberalisierung des Vertragsrechts und der Erweiterung der Gestaltungsspielräume fördert die Entwicklung wirtschaftlicher Versorgungsstrukturen.
- Die Übertragung der Finanzverantwortung auf die Selbstverwaltung zusammen mit der Begrenzung der Möglichkeiten zu Beitragssatzerhöhungen nimmt Krankenkassen wie Leistungserbringer in die Pflicht zur Begrenzung auf medizinisch notwendige und in der Qualität gesicherte Leistungen.
- Die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und mehr Transparenz über die Leistungen und die damit verbundenen Kosten schützt die Solidargemeinschaft vor Überforderungen. Das verbesserte Kostenbewußtsein wirkt einer nicht gerechtfertigten Leistungsanspruchnahme entgegen.

2. Aktuelle Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ist es gelungen, in den Jahren 1993 und 1994 den dramatischen Aus-

gaben- und Beitragssatzanstieg der Jahre 1991 und 1992 zu stoppen. Nach Überschüssen von rd. 10,4 Mrd. DM in 1993 und rd. 2,4 Mrd. DM in 1994 konnten die Krankenkassen ihre abgeschmolzenen Finanzreserven wieder auffüllen, und das Beitragssatzniveau konnte leicht gesenkt werden. Nachdem mittlerweile alle finanzwirksamen Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes umgesetzt sind, zeigt sich im ersten bis dritten Quartal 1995 wieder eine stark defizitäre Finanzentwicklung mit einem Ausgabenüberhang der Krankenkassen von rd. 7,5 Mrd. DM. Als Folge dieser defizitären Finanzentwicklung hat bereits ein Teil der Krankenkassen zur Jahreswende 1995/1996 Beitragssatzanhebungen durchgeführt.

Eine Ursachenanalyse der aktuellen Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung zeigt, daß die öffentliche Hand der Hauptverursacher des aktuellen Defizits ist. Denn Bund, Länder und Gemeinden haben einen großen Teil dazu beigetragen, Beitragseinnahmen der Krankenkassen zu reduzieren und hohe Ausgabensteigerungen in bestimmten Leistungsbereichen zuzulassen:

- So führt etwa das 1989 im parteiübergreifenden Konsens beschlossene Rentenreformgesetz ab 1995 zur Zahlung verringerter Krankenversicherungsbeiträge der Bundesanstalt für Arbeit für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld. Darüber hinaus führt dieses Gesetz zu höheren Beitragszahlungen der gesetzlichen Krankenkassen für Krankengeldbezieher an Renten- und Arbeitslosenversicherung. Im Jahre 1995 belastet dies die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt mit ca. 5 Mrd. DM.
- Die zweite Hauptursache für die defizitäre Finanzentwicklung liegt in der Ausgabenentwicklung des Krankenhausbereichs. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat im stationären Sektor durch zahlreiche Ausnahmetatbestände Ausgabenwüchse ermöglicht, die 1995 im Vergleich zu 1992 mehr als doppelt so hoch lagen wie der Anstieg der Löhne und Gehälter der Versicherten. Durch diese Entwicklung hat sich auch der Anteil des stationären Sektors an den Leistungsausgaben der Krankenkassen in den alten Ländern von 1992 bis 1995 von 32,1 % auf den historischen Höchstwert von 34,3 % in 1995 zu Lasten des ambulanten Bereichs deutlich ausgeweitet.
- Neben dem Krankenhausbereich hat insbesondere der Bereich der Fahrkosten und Kuren durch Ausgabensteigerungen, die den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um ein Vielfaches überschreiten, zur defizitären Finanzentwicklung beigetragen.
- Im Unterschied dazu sind die Ausgaben der Krankenkassen für Ärzte und Zahnärzte sowie für Arzneimittel in den letzten drei Jahren im Rahmen oder unterhalb des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen verlaufen und haben sich somit nicht beitragsatzsteigernd ausgewirkt.

Die Bundesregierung und die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. haben aus der Finanzentwicklung

der letzten drei Jahre und ihren Ursachen die entsprechenden Konsequenzen gezogen:

- Für den Krankenhausbereich sind bereits im November 1995 Entwürfe eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 (Drucksache 13/3061) sowie eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 (Drucksache 13/3062) eingebracht worden.
- Für Kuren und Fahrkosten werden im Rahmen dieses Gesetzentwurfs die erforderlichen Regelungen getroffen.

In den übrigen ambulanten Bereichen besteht weder die Notwendigkeit, die im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes vorgesehenen zeitlich befristeten Budgetierungsregelungen über das Jahr 1995 hinaus zu verlängern, noch das Erfordernis, durch neue ausgabenbegrenzende Regelungen Gestaltungsspielräume der Beteiligten einzuengen.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die Beschlüsse der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen verwiesen, die im Rahmen ihrer Sitzung am 14. September 1995 im Konsens aller Beteiligten ausgabenbegrenzende Empfehlungsvereinbarungen zu sechs wichtigen Ausgabenbereichen beschlossen hat. Lediglich im Arzneimittelbereich war ein Konsens der Beteiligten für eine gemeinsame Empfehlung nicht erzielbar. Hier stellen jedoch die Arzneimittelbudgets, die solange weitergelten, bis Richtgrößen beschlossen werden, eine Ausgabenbegrenzung sicher.

Die Ausgabenempfehlungen der Konzierten Aktion sehen für alle Bereiche eine weitgehende Orientierung an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen vor. Sie sind damit ein erstes wichtiges Signal für den Willen der Selbstverwaltung zur Übernahme von Finanzverantwortung durch Ausgabenbegrenzung und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität. Diesem Signal muß jetzt die konsequente Umsetzung der Empfehlungen in den Vertragsverhandlungen folgen. Die hohen Forderungen, die von Krankenhäusern für das Jahr 1996 gestellt werden, haben deutlich gemacht, daß die Empfehlung der Konzierten Aktion in den Pflegesatzverhandlungen vor Ort nicht die erforderliche Beachtung finden.

Deshalb sollen im Rahmen des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 die notwendigen Konsequenzen gezogen werden. In den übrigen Bereichen kann eine Umsetzung der Empfehlungen der Konzierten Aktion erwartet werden, so daß kurzfristige gesetzliche Ausgabenbegrenzungen hier nicht erforderlich sind.

3. Intensive Vorbereitung in Abstimmung mit den Beteiligten

Der Bundesminister für Gesundheit hat bereits im Jahr 1992 angekündigt, daß es nach dem Gesundheitsreformgesetz 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 einer weiteren dritten Stufe der Gesundheitsreform bedarf, um die gesetzliche Krankenversicherung vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-techni-

schen Fortschritts mittel- und langfristig leistungsfähig und finanzierbar zu halten. Anfang 1993 wurde dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ein konkreter Fragenkatalog zu mittel- und längerfristigen Reformoptionen vorgelegt, um parallel zur Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes Handlungsalternativen zu entwickeln, die die gesetzliche Krankenversicherung über die Jahrtausendwende hinaus auf eine solide Grundlage stellen.

Seit Anfang 1995 haben die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen im Rahmen der „Petersberger Gespräche“ unter Hinzuziehung des Sachverständigenrates mit allen maßgeblich beteiligten Organisationen des Gesundheitswesens gemeinsam Konzepte für eine dritte Reformstufe erarbeitet. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im Rahmen einer Sondersitzung im Juli 1995 die Ergebnisse des Sondergutachtens des Sachverständigenrates mit dem Titel „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ beraten und sich dabei ebenfalls intensiv mit den Fragen einer dritten Reformstufe beschäftigt.

Der hier vorgelegte Gesetzentwurf bildet gemeinsam mit dem im November 1995 vorgelegten Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 das Konzept zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung. Zur Neuordnung der Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz und der psychotherapeutischen Versorgung werden gesonderte Gesetzentwürfe auf der Grundlage der Eckpunkte der Arbeitsgruppe der Koalitionsfraktionen vorgelegt.

II. Schwerpunkte der Reform

1. Weiterentwicklung auf der Grundlage bewährter Prinzipien

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen Regelungen sind eine konsequente Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung auf der Grundlage der historisch gewachsenen und insgesamt bewährten Prinzipien. Das bedeutet:

- Solidarität, Eigenverantwortung und Subsidiarität sind und bleiben die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems.
- Der soziale Ausgleich zwischen jungen und alten, gesunden und kranken Menschen, Beziehern niedriger und höherer Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien steht nicht zur Disposition.
- Das Gesundheitswesen bleibt pluralistisch. Das gegliederte System mit einer Vielfalt von Trägern, Verbänden und Selbsthilfeorganisationen erfährt durch den Wettbewerb eine zusätzliche Legitimation.
- Medizinischer Fortschritt soll finanzierbar und für die gesamte Bevölkerung zugänglich bleiben.

2. Vorfahrt für die Selbstverwaltung bei stabilen Beitragssätzen

Das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung verschafft den unmittelbar Beteiligten und Betroffenen besondere Mitwirkungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Das Prinzip der Subsidiarität gebietet es, der Selbstverwaltung immer dort Vorrang vor staatlichem Handeln einzuräumen, wo die Beteiligten in eigener Verantwortung die Angelegenheiten der sozialen Krankenversicherung sachgerechter lösen können.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat mit der Schaffung von Kassenwahlfreiheit der Versicherten und der Einführung des Risikostrukturausgleichs wichtige Grundlagen für einen funktionsfähigen Wettbewerb und für eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen gelegt. Die Beitragssatzunterschiede, die vor Einführung des Risikostrukturausgleichs vor allem das Resultat unterschiedlicher Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen und Kassenarten waren, konnten deutlich abgebaut werden. Bei erweiterter Wahlfreiheit können Krankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen, in denen sich nicht mehr eine günstigere Versichertenstruktur, sondern eine effizientere Leistungsgewährung widerspiegelt, um die Versicherten werben.

Allerdings sind die Möglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen dieses Wettbewerbs bislang weitgehend auf die Beitragshöhe sowie den Verwaltungs- und Servicebereich beschränkt. Insbesondere bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie im Leistungs- und Vertragsbereich sind die Handlungsspielräume begrenzt. Zudem greift der Gesetzgeber bisher durch Kontrollen und im Konfliktfall durch Ersatzvornahmen reglementierend ein. Vor diesem Hintergrund ist die deutliche Ausweitung der Kompetenzen der Selbstverwaltung und die Schaffung geeigneter Konfliktlösungsmechanismen durch Schiedsstellen der Beteiligten ein zentrales Ziel der dritten Stufe der Gesundheitsreform und dieses Gesetzentwurfs.

Die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung muß mit einer deutlichen Stärkung der Finanzverantwortung einhergehen. Deshalb werden die formellen Voraussetzungen für Beitragssatzerhöhungen verschärft. Dies ist keine Einengung der für die Selbstverwaltung bestehenden Gestaltungsfreiräume. Vielmehr wird damit der Zwang zum wirtschaftlichen Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu einem zentralen Instrument der Beitragsverantwortung. Beitragssatzerhöhungen sollen grundsätzlich auf die Fälle beschränkt werden, in denen dies zur Realisierung des medizinischen Fortschritts auch bei Ausschöpfung bestehender Wirtschaftlichkeitsreserven und Abbau vorhandener Überkapazitäten unverzichtbar ist. Die Kombination von mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Vertrags- und Leistungsbereich, bei gleichzeitigem Wettbewerb der Krankenkassen und Wahlfreiheit der Versicherten schafft Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung, die einen verantwortlicheren Umgang mit den Beitragsmitteln der Versicherten möglich machen.

3. Erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung

Zur Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern sieht das Gesetz folgende Regelungen vor:

Liberalisierung des Vertragsrechts

Im Vertragsbereich wird einheitliches und gemeinsames Handeln der Krankenkassen und ihrer Verbände auf die Fälle beschränkt, in denen dies zwingend geboten erscheint. Im einzelnen sind dies insbesondere Vereinbarungen

- zur Definition und den Bewertungsrelationen der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen,
- zur Abrechnungsgrundlage von Leistungen und zur Gestaltung der Krankenversichertenkarte,
- zu den Budgets für Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie über Richtgrößen bei ärztlich verordneten Leistungen,
- zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im übrigen bleibt es der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen freigestellt, ob sie Vereinbarungen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden einheitlich und gemeinsam oder als Kassenart oder als einzelne Krankenkasse schließen will. Abweichend vom bisher geltenden Recht wird damit insbesondere in den folgenden Bereichen kassenartenindividuelles Handeln ermöglicht:

- Regelungen zum Hausarztvertrag,
- Vergütungsvereinbarungen zum ambulanten Operieren,
- zweiseitige Verträge zu Regelungen über die Krankenhausversorgung,
- dreiseitige Verträge zur Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung,
- Versorgungsverträge mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Zusammen mit den bereits bestehenden Möglichkeiten in einzelnen Leistungsbereichen sowie den erweiterten Möglichkeiten im Bereich der Krankentransporte und Rettungsdienste steht den Krankenkassen und ihren Verbänden somit ein breites Handlungsfeld für eigenständiges Gestalten offen.

Auf Seiten der Vertragsärzte bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vertragspartner der Krankenkassen und ihrer Verbände. Konflikte zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern werden grundsätzlich durch Schiedsstellen gelöst.

Gestaltungsmöglichkeiten im Satzungsrecht

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird gegenüber dem geltenden Recht nicht verändert. Die Selbstverwaltung der Kranken-

kassen kann allerdings im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten in ihrer Satzung vorsehen. Danach kann jede Krankenkasse folgende Regelungen anbieten, die allen bei ihr versicherten Personen offenstehen müssen:

- Beitragsrückerstattung,
- Selbstbehalte im Rahmen von Kostenerstattungsregelungen,
- erhöhte Zuzahlungen,
- Erweiterung von im Gesetz vorgesehenen Leistungen gegen Sonderbeiträge der Versicherten.

Eine individuelle Zu- oder Abwahl im Rahmen des Leistungskatalogs, die ähnlich wie im Bereich der privaten Krankenversicherung einzelnen Versicherten spezifische Leistungs- und Beitragsoptionen ermöglicht, ist hingegen nicht vorgesehen, weil dies mit einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar ist.

Modellvorhaben

Die bisher bestehenden Möglichkeiten der Krankenkassen, im Rahmen von Erprobungsregelungen Modellvorhaben durchzuführen, werden erheblich erweitert. Dadurch wird die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung entscheidend gestärkt. In Zukunft können die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie
- neue Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und Prävention

in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben. Dabei ist eine wissenschaftliche Begleitung dieser Modellvorhaben ebenso vorzusehen wie eine Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse.

Die Realisierung von Modellvorhaben für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung soll im Rahmen von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und ihren Verbänden mit Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Die Teilnahme von Versicherten und Leistungserbringern an diesen Modellvorhaben ist freiwillig. Modellvorhaben können auch auf Initiative von Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden.

Fragen der medizinischen und pharmakologischen Forschung können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein. Das gilt auch für medizinische Leistungen, die von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen als Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden von umstrittenem therapeutischen Nutzen abgelehnt worden sind. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung durchgeführter Modellvorhaben sollen den Bundesausschüssen zur Verfügung gestellt werden, damit diese über die Übernahme der erfolgreich erprobten medizinischen Verfahren in die Regelversorgung entscheiden können. Diese Regelungen dienen der Transparenz über Kosten und Nutzen neuer medizinischer Leistungen

und tragen dazu bei, erwiesenen medizinischen Fortschritt für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nutzbar zu machen.

Auch im Rahmen der Modellvorhaben sollen die bewährten Organisationsstrukturen der Selbstverwaltung die vertragliche Ausgestaltung und Abwicklung gewährleisten. Damit unter diesen Voraussetzungen Gruppen von Ärzten und Zahnärzten neue Verfahren und neue Organisationsformen erproben können, werden im Rahmen der bestehenden Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Minderheitenrechte eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden deshalb verpflichtet, einen Vertrag über Modellvorhaben für medizinische Leistungen und Verfahren auch dann abzuschließen, wenn dies mindestens 25 % der Mitglieder oder 50 % der an der Vertragsgestaltung maximal zu beteiligenden Mitglieder verlangen.

4. Beitragsverantwortung der Krankenkassen

Erschwerung von Beitragssatzerhöhungen

Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität und zur Vermeidung zusätzlicher Belastungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes für vermeidbare bzw. unwirtschaftliche Entwicklungen ausgeschlossen werden. Das bedeutet, daß die Selbstverwaltung Beitragssatzerhöhungen nicht beschließen kann, die aufgrund überdurchschnittlicher Steigerungen von Verwaltungsausgaben und aufgrund der Aufwendungen für Modellvorhaben und Satzungsleistungen erforderlich werden. Denn in diesen Bereichen hat es die Krankenkasse unmittelbar in der Hand, Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Lediglich in den Fällen, in denen zur Sicherung der medizinischen Versorgung und des medizinischen Fortschritts Beitragssatzstabilität auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht möglich ist, können in begrenztem Umfang Beitragssatzerhöhungen durchgeführt werden.

Neben einer Eingrenzung der Voraussetzungen für Beitragssatzanhebungen wird auch die formale Beschlußfindung im Rahmen der Selbstverwaltung an restriktive Rahmenbedingungen geknüpft. Beitragssatzerhöhungen bedürfen demnach einer qualifizierten Mehrheit von mehr als drei Viertel der satzungsmäßigen Mitglieder des Verwaltungsrates. In den Fällen, in denen nur durch eine Beitragssatzerhöhung ein ausgeglichener Haushalt der Krankenkasse zu erzielen ist, wird der Vorstand verpflichtet, dem Verwaltungsrat darzulegen, daß alle Einwirkungsmöglichkeiten der Kasse auf Einnahmen und Ausgaben zur Stabilisierung des Beitragssatzes ausgeschöpft sind.

Um sicherzustellen, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch bei denjenigen Kassen ausreichende Beachtung findet, in denen die Arbeitgeber nicht in der Selbstverwaltung vertreten sind, darf der Arbeitgeberanteil bei diesen Kassen den halben durchschnittlichen Beitragssatz aller Ortskrankenkassen nicht überschreiten.

Die gestiegene Finanzverantwortung der Selbstverwaltung macht es erforderlich, die Einflußmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden auf die Gestaltung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Krankenkassen zurückzunehmen.

5. Stärkung der Eigenverantwortung für den Versicherten

Um die Möglichkeiten und das Interesse des Versicherten an einer sparsamen Leistungsanspruchnahme zu stärken, werden eine Reihe von Regelungen eingeführt, die die Transparenz für die Versicherten erhöhen und ihre angemessene finanzielle Beteiligung an den Kosten der Leistungsanspruchnahme sicherstellen.

Die bisher nur den freiwillig Versicherten vorbehalten Möglichkeit der Kostenerstattung wird in Zukunft allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung als Wahlmöglichkeit offenstehen. Sie ermöglicht jedoch – wie im Rahmen des Sachleistungsprinzips – nur die Inanspruchnahme zugelassener Leistungserbringer. Damit wird sichergestellt, daß auch bei Kostenerstattung nur solche Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkassen beansprucht werden, die eine wirtschaftliche Versorgung gewährleisten.

Zur Verbesserung der Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Leistungserbringer ab 1999 verpflichtet, die Versicherten auf Wunsch über Umfang und Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zu unterrichten. In der Regel soll diese Information durch den Leistungserbringer selbst erfolgen. Falls dies nicht möglich ist, soll die Krankenkasse den Versicherten informieren. Die Konkretisierung der Einzelheiten der Unterrichtung wird der Selbstverwaltung übertragen.

Eine Erhöhung der Zuzahlungen ist lediglich für den Bereich der stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren vorgesehen, bei denen der entsprechende Betrag auf 25 DM (neue Länder 20 DM) täglich angehoben und entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße angepaßt werden soll. Auf diese Weise soll eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten an stationären Rehabilitationsmaßnahmen gewährleistet werden, so wie sie jetzt bereits im Bereich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen in wesentlich stärkerem Umfang besteht. Die Zuzahlungen für Anschlußheilbehandlung und eine der Krankenhausbehandlung vergleichbare stationäre Rehabilitation bleiben von dieser Anhebung unberührt.

Im übrigen wird der Anteil der Zuzahlungen der Versicherten an der Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von unter 4 % (knapp 9 Mrd. DM) durch dieses Gesetz nicht wesentlich ausgeweitet. Damit trägt der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung, daß die Selbstbeteiligung ein lediglich begrenzt wirkendes Steuerungsinstrument ist. Die bislang vorgesehenen festen DM-Beträge für Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen,

Fahrkosten und Arzneimitteln führen jedoch dazu, daß der auch im internationalen Vergleich bereits sehr niedrige Anteil von Zuzahlungen der Versicherten an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei steigenden Leistungsausgaben automatisch noch weiter zurückgeht. Deshalb erscheint es angemessen, in regelmäßigen Abständen eine Anpassung dieser Zuzahlungsbeträge an die Entwicklung der Löhne und Gehälter der Versicherten vorzunehmen. Das Gesetz sieht daher vor, erstmals ab 1. Juli 1997 in Zwei-Jahresschritten die Zuzahlungen mit festen DM-Beträgen der Steigerung der Bezugsgröße in den beiden vorangegangenen Jahren anzupassen, soweit dies rechnerisch erforderlich ist.

III. Spezifische Regelungen für einzelne Leistungsbereiche

Der Gesetzgeber sieht keine Notwendigkeit, die Steuerungsmechanismen im Rahmen des ambulanten Bereichs grundsätzlich neu zu regeln. Vielmehr geht er davon aus, daß durch eine Stärkung der Selbstverwaltung Verbesserungen von Wirtschaftlichkeit und Qualität auf der Grundlage bewährter Prinzipien möglich sind. Die spezifischen Maßnahmen des Gesetzes für einzelne Leistungsbereiche bleiben deshalb auf wenige Sektoren begrenzt, in denen eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich ist.

1. Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Vor dem Hintergrund der erheblichen und medizinisch nicht erklärbaren Steigerungen der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen müssen bessere Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Leistungserbringung sowie eine sparsame Leistungsanspruchnahme in diesem Bereich geschaffen werden. Das Gesetz sieht deshalb im einzelnen folgende Maßnahmen vor:

- Die Qualitätssicherung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen soll verbessert werden.
- Die Versorgungsverträge mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sollen die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Infrastruktur mit entsprechenden Einrichtungen sicherstellen. Hierzu werden folgende Regelungen getroffen:
 - Jeder Kassenverband kann Verträge schließen oder kündigen.
 - Kündigungen sollen nicht an Vorbedingungen (z. B. Bedarfsgerechtigkeit) gebunden sein.
 - Verträge über Leistungen im Rahmen der Anschlußheilbehandlung sollen im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde getroffen werden.
- Die Vergütungen müssen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachten.

- Neben der Erhöhung der Zuzahlung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme der Anschlußheilbehandlung) soll durch eine Anrechnung von Urlaub im Umfang von zwei Tagen für jede Rehabilitationswoche ein Anreiz für eine sparsame Inanspruchnahme dieser Leistung der Solidargemeinschaft geschaffen werden.
- Außerdem soll die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen durch den Medizinischen Dienst verschärft werden. So soll z. B. durch die Verringerung von Ausnahmen von der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sichergestellt werden, daß medizinisch nicht erforderliche stationäre Kuren in Zukunft unterbleiben.

2. Leistungen des Rettungsdienstes und des Krankentransportes

Ebenso wie die Ausgaben für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen steigen auch die Ausgaben für Rettungsdienste und Krankentransporte seit Anfang dieses Jahrzehnts Jahr für Jahr mit zweistelligen Zuwachsraten. Das Ausgabeniveau liegt im Beitrittsgebiet mittlerweile sogar deutlich über dem Ausgabeniveau im früheren Bundesgebiet. Diese Ausgabenexplosion ist insbesondere die Folge eines überhöhten Preisniveaus, das im Regelfall durch die einseitige Festsetzung der Gebühren durch landesrechtliche oder kommunale Bestimmungen zustande kommt sowie eines fehlenden Wettbewerbs.

Die Neuregelungen sollen sicherstellen, daß die Vergütung für Rettungsdienste und Krankentransporte in Zukunft von den Krankenkassen grundsätzlich mit den Leistungserbringern vereinbart wird. In den Vergütungen für Rettungsdienste sollen die Vergütungen für notfallärztliche Leistungen enthalten sein, die damit nicht mehr Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung sind. Die nach Landesrecht zuständigen Stellen haben wie bisher den Rettungsdienst sicherzustellen. Für den Fall, daß die Länder durch Landesgesetz Rettungszweckverbände bestimmen, können die Krankenkassen mit diesen einen Versorgungsvertrag und eine Gesamtvergütung für Leistungen des Rettungsdienstes und/oder Krankentransports vereinbaren.

Festbeträge für Arzneimittel

Die Beschränkung der Erstattungsfähigkeit für Arzneimittel auf Festbeträge war ein Kernstück des Gesundheits-Reformgesetzes. Die Festbetragsregelung hat sich bewährt und zu einem spürbaren Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt sowie einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. An ihr wird deshalb festgehalten.

Das Bundessozialgericht hat in einem Vorlagebeschluß an das Bundesverfassungsgericht die den Spitzenverbänden der Krankenkassen eingeräumte Befugnis zur Festsetzung von Festbeträgen mit dem Grundgesetz für unvereinbar gehalten, ohne die Festbeträge als solche zu beanstanden. Deshalb soll das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt

werden, die Festbeträge für Arzneimittel nach Anhörung der Beteiligten auf Bundesebene durch Rechtsverordnung festzusetzen. Dieses Verfahren trägt nach Ansicht des Bundessozialgerichts den verfassungsrechtlichen Anforderungen Rechnung.

3. Soziale Einheit

Das vorrangige Ziel der Gesundheitspolitik im vereinten Deutschland besteht darin, in den neuen Ländern ein Gesundheitssystem aufzubauen, das auf den Prinzipien der Freiheitlichkeit, Pluralität, Solidarität und Eigenverantwortung beruht und zugleich ein qualitativ hohes Niveau der gesundheitlichen Versorgung gewährleistet. Hierbei wurden in den letzten fünf Jahren nach der Wiedervereinigung bereits entscheidende Fortschritte erzielt. Die Angleichung der Lebensverhältnisse im Gesundheitswesen ist mittlerweile schon sehr weit fortgeschritten – auch im Vergleich zu vielen anderen Sektoren im Wirtschafts- und Sozialbereich.

Mit dem Einigungsvertrag wurden in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reihe von Überleitungsregelungen beschlossen, die den versicherten Personenkreis, das Leistungsrecht, die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie die Organisation und die Finanzierung der Krankenkassen betreffen. Diese Überleitungsregelungen sollten den schrittweisen Aufbau des freiheitlichen Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern bei gleichzeitiger Sicherung der Finanzierbarkeit der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleisten.

Der beabsichtigte Angleichungsprozeß im Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren weiter fortschreiten. Auf dieser Grundlage sieht dieses Gesetz vor, daß spätestens ab 1. Januar 1999 in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitliche Bedingungen geschaffen werden. Hierdurch werden nicht nur noch vorhandene unterschiedliche Rahmenbedingungen für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen abgebaut. Es wird auch ein wichtiger Beitrag zur Vereinfachung der gesetzlichen Bestimmungen der sozialen Krankenversicherung und zum Abbau nicht mehr erforderlicher bürokratischer Hemmnisse zweier unterschiedlicher Rechtskreise geleistet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Nach geltendem Recht haben nur freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre mitversicherten Familienangehörigen die Möglichkeit, anstelle der Sachleistung Kostenerstattung zu wählen. Pflichtmitglieder dagegen erhalten bisher Leistungen grundsätzlich ausschließlich nach dem Sachleistungsprinzip.

Die gesetzlichen Krankenkassen konnten zwar im Rahmen von Erprobungsregelungen die Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte zulassen. Von dieser Möglichkeit haben jedoch nur verhältnismäßig wenige Kassen Gebrauch gemacht.

Viele pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sehen in der allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeit der Kostenerstattung ein ungerechtfertigtes Privileg. Unabweisbare Gründe, die Differenzierung beizubehalten, gibt es nicht. Im Gegenteil: Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten verstärkt das Prinzip der Eigenverantwortung. Frei wählen zu können, entspricht der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheidet, was für ihn zweckmäßig ist. Die Entscheidung für die Kostenerstattung kann zudem das Kostenbewußtsein der Versicherten verstärken. Deshalb soll sie allen Versicherten angeboten werden.

Wie schon bisher haben die Versicherten die Möglichkeit, die Wahl der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche, z. B. nur auf die ambulante ärztliche Behandlung, zu beschränken.

Entsprechend dem geltenden Recht wird der Umfang der Kostenerstattung auf höchstens die Vergütung beschränkt, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Weiterhin wird entsprechend dem geltenden Recht (vgl. Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Mai 1995 – 1 RK 14/94 –) klargestellt, daß Voraussetzung für den Anspruch auf die Kostenerstattung die Inanspruchnahme eines Leistungserbringers ist, der im Zeitpunkt der Behandlung zur vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen war.

Der Verwaltungsaufwand erhöht sich, wenn die Versicherten mit dem Arzt auf privatrechtsrechtlicher Grundlage abrechnen und im Anschluß daran die Abrechnungssumme in die Kollektivabrechnung zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung übertragen werden muß. Insbesondere verursacht die Einzelabrechnung mit den Versicherten und die nach § 13 Abs. 2 Satz 3 notwendige sachlich-rechnerische Prüfung der in Rechnung gestellten GOÄ-Gebührennummern und Beträge sowie ihre Umstellung und Umrechnung auf vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Leistungen und Vergütungen einen nicht unerheblichen administrativen Aufwand. Die Krankenkassen können daher in der Satzung einen Abschlag für Verwaltungsmehrkosten vorsehen.

Zu Buchstabe b (§ 13 Abs. 4)

Nach den Erfahrungen mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ist die Vorschrift nicht mehr erforderlich. Es gab keinen kollektiven Ausstieg; auch fehlen Anhaltspunkte, daß die Zahnärzteschaft ähnliches in naher Zukunft beabsichtigt. Selbst wenn die Zahnärzteschaft in Zukunft erneut auf das Druckmittel zurückgreifen sollte, kollektiv den Sicherstellungsauftrag zurückzugeben, ist es nicht erforderlich, für die wenigen Fälle, in denen sich Versicherte Leistungen nicht zugelassener Ärzte nach § 13 Abs. 3 SGB V ge-

gen Kostenerstattung beschaffen dürfen, Ausnahmeregelungen für die Vergütung zu treffen. Im Interesse des Ziels, das Sozialrecht von überflüssigen Vorschriften zu befreien, erscheint die Vorschrift entbehrlich.

Zu Nummer 2 (§ 23 Abs. 6)

Die Änderung gleicht die Höhe der Zuzahlung für stationäre Vorsorgekuren an die Neuregelung der Zuzahlung für stationäre Rehabilitationskuren an.

Zu Nummer 3 (§ 27 Abs. 1 Nr. 3 a)

Da der Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports als eigenständiger Anspruch in § 36 a ausgestaltet worden ist, wird die Leistung in § 27 Abs. 1 aufgeführt.

Zu Nummer 4 (§ 31 Abs. 3 und 4)

Die Neufassung des Absatzes 3 paßt die Vorschrift ohne inhaltliche Änderung an die durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1994 geschaffene Rechtslage an. Absatz 4 regelt das Verfahren zur Dynamisierung der Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel durch Verweisung auf § 62 a.

Zu Nummer 5 (§ 35)

Das Bundessozialgericht hat in einem Vorlagebeschluß an das Bundesverfassungsgericht die in § 35 SGB V bisheriger Fassung den Spitzenverbänden der Krankenkassen eingeräumte Befugnis, für Arzneimittel Festbeträge festzusetzen, mit dem Grundgesetz für unvereinbar gehalten, ohne die Festbeträge als solche zu beanstanden.

Die Beschränkung der Erstattungsfähigkeit für Arzneimittel auf den Festbetrag war ein Kernstück des Gesundheits-Reformgesetzes. Es hat sich bewährt. Aus diesem Grunde muß gewährleistet sein, daß solche Festbeträge auch in Zukunft ohne Einschränkung festgesetzt werden können und dem Zwieltlicht vermeintlicher oder tatsächlicher Verfassungswidrigkeit entrückt werden. Deshalb sollte die Festsetzung von Festbeträgen in einem Verfahren erfolgen, das auch nach Ansicht des Bundessozialgerichts den verfassungsrechtlichen Anforderungen Rechnung trägt. Dies ist die Festsetzung in einer Rechtsverordnung.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält die Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit, die Festbeträge durch Rechtsverordnung nach Anhörung der beteiligten Kreise auf Bundesebene festzusetzen. Der Ordnungsgeber soll dabei die festgesetzten Festbeträge turnusmäßig überprüfen. Bei veränderter Marktlage soll er eine Neufestsetzung vornehmen. Für Überprüfung und Neufestsetzung ist das gleiche Verfahren durchzuführen wie für eine Erstfestsetzung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift gibt dem Ordnungsgeber den Maßstab vor, an dem er sich bei der Festsetzung orientieren soll. Die Maßgabe entspricht dem geltenden Recht.

Zu Absatz 3

Über die Gruppenbildung der Festbeträge, die entsprechend dem bisher geltenden Recht vorgenommen werden soll, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Es gibt seine Entscheidung den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt, damit diese Vorschläge zur Höhe der Festbeträge erarbeiten.

Durch Satz 5 wird für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, die Refinanzierung der Forschung erleichtert.

Durch Satz 6 wird verhindert, daß Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen in Gruppen zusammengefaßt werden, in denen auch Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen enthalten sind, für die eine Festbetragsgruppe nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gebildet werden kann. Die Vorschrift stellt damit sicher, daß sich der entwickelnde Generikawettbewerb eines einzelnen Wirkstoffes in einer Gruppe pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkstoffe nicht auf die Höhe des Festbetrages in dieser Gruppe auswirken kann.

Die übrigen Regelungen des Absatzes 3 übernehmen ohne inhaltliche Änderung das geltende Recht.

Zu Absatz 4

Nach dieser Vorschrift haben die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam und einheitlich erarbeitete Vorschläge für die Höhe der Festbeträge zu übermitteln.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift stellt die Beteiligung von Sachverständigen bei der Erarbeitung der Grundlagen der Festbetragsfestsetzung sicher.

Zu Absatz 6

Das Bundessozialgericht hat lediglich das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge für verfassungswidrig erklärt, die Festbeträge dagegen als solche nicht beanstandet. Für den Fall, daß das Bundesverfassungsgericht der Beurteilung des Bundessozialgerichtes zur Verfassungswidrigkeit des verfahrensrechtlichen Zustandekommens der Festbeträge folgt, muß gewährleistet sein, daß die nach der Maßgabe des bisherigen, wie aber auch des zukünftigen Rechts festgesetzten Festbeträge Bestand haben. Betroffene Unternehmen können daher wegen der Festbetragsfestsetzung nach bisher geltendem Recht die Gerichte nur mit der Begründung anrufen, die

Festbeträge seien entgegen den Vorgaben des geltenden Rechts rechtswidrig festgesetzt worden.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift regelt den Rechtsschutz gegen die Rechtsverordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit einzelne Festbetragsfestsetzungen Unternehmen betreffen. Es handelt sich um einen Fall der konkreten Normenkontrolle. Das Bundessozialgericht hat in seinem Vorlagebeschluß zur Verfassungswidrigkeit der Festbetragsfestsetzung diese Rechtsschutzmöglichkeit als eine in Betracht kommende Alternative angesehen.

Die Vorschläge des Bundesausschusses und der Spitzenverbände bereiten die Entscheidung des Verordnungsgebers vor und sind deshalb nicht selbständig für sich mit der Klage angreifbar.

Zu Nummer 6 (§ 36 a)

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Regelung legt in Absatz 1 für den Rettungsdienst und in Absatz 2 für den Krankentransport fest, daß Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen eigenständigen Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen des Rettungsdienstes und des Krankentransports haben. Zwar bestand ein solcher Anspruch schon bisher akzessorisch zur jeweiligen Hauptleistung. Diese Betrachtungsweise wird aber der gestiegenen Bedeutung der Leistung nicht mehr gerecht. Deshalb werden Rettungsdienste und Krankentransporte aus dem lediglich transportorientierten Bereich der Fahrkosten herausgelöst und in eine grundsätzlich auf dem Sachleistungsprinzip basierende eigene Leistungsvorschrift überführt, die neben der Transportleistung auch die medizinisch-fachliche Betreuung und Versorgung durch Notärzte oder nichtärztliches Personal zum Inhalt hat. Der Begriff des Rettungsdienstes behält die bisherige Terminologie des SGB V bei. Er umfaßt wie bisher die Notfallrettung im Sinne landesrechtlicher Vorschriften.

Absatz 1 Satz 2 bestimmt entgegen der jüngeren Rechtsprechung (vgl. BSG vom 27. Oktober 1987 in MedR 1988 S. 106; BGH vom 12. November 1992 in JZ 93 S. 914; BVerwG vom 23. Juni 1995 – 8 C 14.93), daß die notärztliche Bestandteil des einheitlichen Leistungsanspruches Rettungsdienst ist und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehört (vgl. § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Absatz 2 Satz 2 übernimmt die geltende Legaldefinition des Krankentransports aus § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Höhe der Kosten, zu deren Übernahme die Krankenkasse bei der Erbringung von Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports verpflichtet ist. Danach besteht der Leistungsanspruch der Versicherten in Höhe der zwischen den Vertragspartnern nach § 133 vereinbarten Vergütung. Um ökonomische Fehlanreize zu vermei-

den, ist der Anspruch der Versicherten bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, mit denen ihre Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat, auf die Höhe des preisgünstigsten Vertragsabschlusses ihrer Krankenkasse oder des betreffenden Kassenverbandes beschränkt. Wenn der dem Versicherten oder der Kasse in Rechnung gestellte Betrag geringer ist als der Preis des günstigsten Vertragsleistungserbringers, darf die Krankenkasse lediglich diesen Rechnungsbetrag erstatten. Wird ein höherer Preis als der des günstigsten Vertragsleistungserbringers verlangt, muß der Versicherte den Differenzbetrag tragen. Die Zuzahlungsvorschriften der §§ 60 bis 62 sind auf die Leistung nach § 36 a anzuwenden; der Differenzbetrag zu einem höheren als von der Krankenkasse vereinbarten Preis kann nicht im Rahmen der Härtefallregelungen geltend gemacht werden.

Um den Versicherten eine preisgünstige Inanspruchnahme von Vertragsleistungserbringern, insbesondere bei Krankentransportleistungen, zu erleichtern, haben die Krankenkassen ihre Versicherten, in Erfüllung ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht, über ihre Vertragsleistungserbringer in geeigneter Art und Weise zu informieren.

Zu Nummer 7 (§ 39 Abs. 4)

Zu Buchstabe a (§ 39 Abs. 4 Satz 1)

Die Änderung paßt den Gesetzeswortlaut an die durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1994 geschaffene Rechtslage an.

Zu Buchstabe b (§ 39 Abs. 4 Satz 3)

Die Neufassung schafft eine Rechtsgrundlage für die Dynamisierung des Zuzahlungsbetrages nach § 39 Abs. 4 aufgrund des in § 62 a vorgesehenen Verfahrens.

Zu Nummer 8 (§ 40)

Zu Buchstabe a (§ 40 Abs. 5)

Mit der Erhöhung des Zuzahlungsbetrages in Satz 1 sollen die finanziellen Rahmenbedingungen im Verhältnis zu ambulanten Kuren sachgerechter gestaltet und der Anreiz verstärkt werden, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nur noch in den medizinisch begründeten Fällen in Anspruch zu nehmen. In diesem Zusammenhang muß auch auf die Änderung des § 275 verwiesen werden, die die Überprüfung der Notwendigkeit von stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen verschärft. Außerdem wird der zwischenzeitlichen wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen. Satz 2 schafft die Rechtsgrundlage für die Anpassung des Zuzahlungsbetrages auf der Grundlage des neuen § 62a. Da die Zuzahlung erhöht wird, rechtfertigt sich eine Anpassung des erhöhten Betrages erst ab 1999.

Zu Buchstabe b (§ 40 Abs. 6 und 7)

Absatz 6 stellt sicher, daß Zuzahlungen für Anschlußheilbehandlungen oder für Rehabilitationsmaßnahmen, die der Krankenhausbehandlung vergleichbar sind, sich nach den für die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung geltenden Vorschriften (einschließlich der Anpassung gemäß § 62 a) richten.

Der Begriff „Anschlußheilbehandlung“, der bislang nur als Verfahren beschrieben worden war, wird inhaltlich definiert. Angeknüpft wird an das Behandlungsziel, das mit der Krankenhausbehandlung erreicht werden sollte, zu dessen Erreichung aber Krankenhausbehandlung selbst nicht mehr erforderlich ist. An die Stelle dieser Krankenhausbehandlung soll die Behandlung in einer Spezialeinrichtung treten.

Absatz 7 schreibt eine Anrechnung von Urlaub auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 5 vor. Bei Leistungen aufgrund von Absatz 6 findet keine Anrechnung statt.

Durch die Urlaubsanrechnung soll die Inanspruchnahme von Kurmaßnahmen besser gesteuert werden, ohne gleichzeitig die Leistungserbringer zu stark zu belasten. Die Urlaubsanrechnung hat wegen der Auswirkungen auf die Lohnfortzahlung entlastende Effekte für die Arbeitgeber. Die Anrechnung von Urlaub ist auch deswegen gerechtfertigt, weil die Kur der Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitskraft dient und daher ein vergleichbares Ziel wie der Erholungsurlaub hat. Bei der Anrechnung von Urlaub handelt es sich auch unter diesem Gesichtspunkt nicht um einen unzulässigen Eingriff in die Tarifautonomie.

Zu Nummer 9

Zu § 53

Die Vorschrift räumt den Krankenkassen das Recht ein, bestimmte Leistungen über das geltende Recht hinaus eigenverantwortlich zu gestalten, wenn die Mehrheit des Verwaltungsrats dies wünscht. Die näheren Einzelheiten dazu werden in der Satzung der einzelnen Krankenkasse festgelegt, die die Gestaltungsleistung vorsieht.

Absatz 2 schließt aus, daß die Krankenkasse Gestaltungsleistungen einzelnen Versicherten anbietet, bei denen diese Leistungen sich besonders günstig auswirken. Diese Leistungen müssen vielmehr, wenn die Mehrheit des Verwaltungsrats dies wünscht, allen Versicherten der Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 54

Die Krankenkasse kann unter den Voraussetzungen des § 53 ihr Leistungsangebot im Rahmen des geltenden Rechts erweitern. Absatz 1 läßt nur die Erweiterung von im geltenden Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Leistungen zu; es können keine neuen Leistungen angeboten werden. So kann z. B. der Zuschuß zu ambulanten Kuren erhöht oder eine Satzungsleistung ausgedehnt werden. Die Befugnis zur

Erweiterung gilt auch für Fahrleistungen. Die Krankenkasse kann z. B. Fahrkosten für ambulante Dialysebehandlungen übernehmen oder auch die Benutzung von Behindertentransportfahrzeugen vorsehen, da die Leistung und Übernahme von Kosten für Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkassen bereits im geltenden Recht (§ 60) vorgesehen ist. Satz 2 stellt aber klar, daß kein Ausweichen aus der vertrags- oder vertragszahnärztlichen Versorgung möglich ist.

Absatz 2 schließt die Aufstockung bestimmter Leistungen aus. Für die Absicherung von Chefarztbehandlung, Wahlleistungen im Krankenhaus (Ein- oder Zweibettzimmer), Zusatzkrankengeld, erhöhtem Sterbegeld oder Behandlungen bei privaten Auslandsreisen besteht im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kein Bedürfnis, weil sie von der privaten Krankenversicherung in ausreichendem Umfang angeboten werden. Eine Erweiterung des Anspruchs auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung, wie er im Einheitlichen Bewertungsmaßstab konkretisiert wird, ist nicht vorgesehen, da dies die Regelung über Modellvorhaben (§§ 63 bis 65) unterlaufen könnte.

Die Art der Leistungen in § 53 verlangt keine paritätische Finanzierung. Wenn die Krankenkasse Leistungen erweitert, müssen die zur Deckung dieser Aufwendungen erforderlichen Beiträge deshalb gesondert ausgewiesen werden. Absatz 3 stellt sicher, daß die Arbeitgeber sich an den Beiträgen für diese Leistungen nicht zu beteiligen haben.

Zu § 55

Die Vorschrift schafft die Grundlage dafür, daß die Krankenkasse den Zuzahlungsbetrag erhöhen kann: Die Möglichkeit einer Absenkung oder einer Verlängerung (z. B. bei Krankenhausaufenthalt) ist nicht vorgesehen. Die Regelung schließt gleichzeitig die Einführung neuer und bisher im Gesetz nicht vorgesehener Zuzahlungen aus. Die Krankenkasse kann innerhalb der Zuzahlung für eine Leistung verschiedene Zuzahlungshöhen festsetzen, z. B. bei der Dauer der Leistung, der Art des gewählten Transportmittels oder bestimmten Leistungsformen. Eine auf bestimmte Gruppen von Versicherten bezogene abweichende Zuzahlung ist wegen § 53 Abs. 2 nicht zulässig.

Zu § 56

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen den geltenden § 65, der Beitragsrückzahlung nur im Rahmen von Erprobungsregelungen zuläßt. Die im geltenden Recht dafür vorgesehenen Einschränkungen entfallen, so daß die Krankenkasse Beitragsrückzahlung als Gestaltungsleistung allen Versicherten anbieten kann.

Die Inanspruchnahme von Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten berührt den Anspruch auf Beitragsrückzahlung nicht. Dies gilt allerdings, wie bereits im geltenden Recht, nicht für die Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgekuren und Vorsor-

gekuren für Mütter. Es ist aus systematischen Gründen gerechtfertigt, Leistungen zur Empfängnisverhütung und bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation ebenfalls auszunehmen. Leistungen für unter 19jährige Versicherte mindern wie bisher den Anspruch auf Beitragsrückzahlung nicht.

Zu § 57

Die Einführung eines Selbstbehalts will den Versicherten mehr Möglichkeiten einräumen, eigenverantwortlich an der Höhe ihrer Beiträge mitzuwirken. Die Regelung orientiert sich an vergleichbaren Vorschriften der schweizerischen Krankenversicherung und auch Versicherungsbedingungen privater Krankenversicherungsunternehmen. Da der Selbstbehalt allein vom Versicherten zu leisten ist, soll seine Einführung keine Beitragsvorteile für Arbeitgeber mit sich bringen. Die Satzung kann mehrere verschiedenen hohe Selbstbehalte und entsprechend unterschiedliche Beitragsermäßigungen für die Versicherten vorsehen.

Zu Nummer 10 (§ 60)

Zu Buchstabe a (§ 60 Abs. 1 Satz 1)

Wegen der eigenständigen Regelung für Rettungsdienste und Krankentransporte in den §§ 36 a und 133 sind die entsprechenden Worte zu streichen.

Zu Buchstabe b (§ 60 Abs. 2)

Redaktionelle Folgeregelung zur Neufassung des § 36 a und Rechtsgrundlage für die Anpassung der Zuzahlungen zu Fahrkosten gemäß dem in § 62 a vorgeschriebenen Verfahren.

Zu Buchstabe c (§ 60 Abs. 3)

Redaktionelle Folgeregelungen zur Neufassung des § 133.

Zu Nummer 11 (§ 61)

Da in § 36 a ein eigenständiger Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports begründet worden ist und die Kosten dafür nicht mehr von Absatz 1 Nr. 3 erfaßt werden, ist eine entsprechende Ergänzung des § 61 Abs. 1 Nr. 1 erforderlich.

Zu Nummer 12 (§ 62)

Vergleiche Begründung zur Änderung des § 61 Abs. 1 Nr. 1.

Zu Nummer 13 (§ 62 a)

Die Neuregelung sieht vor, daß die festen Zuzahlungsbeträge der wirtschaftlichen Entwicklung angepaßt werden können. Bisher war eine Anpassung nur durch Gesetzesänderung möglich; nunmehr erfolgt sie in Zwei-Jahres-Schritten automatisch. Die Zuzahlungen werden in vollen DM-Beträgen angepaßt, nur bei der Dynamisierung der Arzneimittelnachzahlungen gelten wegen der geringen Beträge Schritte um je-

weils 0,50 DM. Durch diese Regelung werden Pfennigbeträge vermieden. Die Rundung spielt für die nächste Anpassung allerdings keine Rolle, da sich diese an dem ohne Rundung ermittelten Pfennigbetrag orientiert. Dadurch wird vermieden, daß nach Ablauf von zwei Jahren eine Erhöhung nötig wird, wenn die neuen Pfennigbeträge trotz Anpassung den bisherigen DM-Betrag nicht überschreiten.

Absatz 2 beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit, zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwands bei den Beteiligten die angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils verbindlich für die Beteiligten bekannt zu geben.

Zu Nummer 15 (Zehnter Abschnitt)

Zu § 63

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Modellvorhaben, die diesem Ziel nicht dienen, dürfen von Krankenkassen nicht durchgeführt werden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 eröffnet den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Bereich der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung selbst durchzuführen oder mit ihren Vertragspartnern zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Absatz 2 eröffnet diese Möglichkeiten in bezug auf Modellvorhaben, die sich auf die Weiterentwicklung insbesondere von medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung richten, die es im geltenden Leistungskatalog (noch) nicht gibt, die aber zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Modellvorhaben können insbesondere durchgeführt werden, um festzustellen, ob diese Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten geeignet sind. Modellvorhaben zu medizinischen Leistungen, deren Nutzen und Risiken noch nicht hinreichend beurteilt werden können, bleiben ausgeschlossen; auch die Durchführung medizinischer Forschungsaktivitäten kann nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

Zu Absatz 3

Um Modellvorhaben nach Absatz 1 zur Weiterentwicklung der Organisations- und Finanzierungsstrukturen der Leistungserbringung zu ermöglichen, müssen geltende gesetzliche Regelungen in dem dafür erforderlichen Umfang suspendiert werden; dies geschieht durch die in Absatz 3 getroffene Regelung. Zugleich wird klargestellt, daß bei der Durchführung solcher Modellvorhaben der Grundsatz der Beitrags-

satzstabilität entsprechend zu beachten ist. Das bedeutet insbesondere, daß mit einem Modellvorhaben verbundene Mehraufwendungen durch eine aus dem Modellvorhaben resultierende Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und damit verbundene Kostensenkungen zu kompensieren sind.

Soweit eine solche Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotentialen zu Einsparungen führt, die entstandene Mehraufwendungen überkompensieren, können sie ganz oder teilweise an die Versicherten, aber auch an andere Beteiligte, weitergeleitet werden, um ihr Interesse an einer wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung zu fördern.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird klargestellt, daß die gesetzliche Befugnis der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Leistung der Krankenversicherung zu entscheiden, unberührt bleibt. Leistungen, deren Einführung von den Bundesausschüssen abgelehnt worden sind, dürfen nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein. Diese Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden nach der bisherigen Praxis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der Anlage 2 zu den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 (NUB-Richtlinien) aufgeführt. In der Anlage 3 zu den NUB-Richtlinien werden demgegenüber Verfahren aufgeführt, die der Bundesausschuß mangels für eine Beurteilung ausreichender Unterlagen nicht für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen hat. Modellvorhaben zu solchen Leistungen wären zulässig, wenn tragfähige Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Erreichung der damit verbundenen präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Ziele sowie der mit ihrer Erbringung verbundenen gesundheitlichen Risiken vorliegen und Bedarf an zusätzlichen Erkenntnissen hinsichtlich der Zweckmäßigkeit, der Risiken oder der Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen besteht. Grundlagenforschung kann dagegen nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird klargestellt, daß die Ziele und das Konzept für die Durchführung des Modellvorhabens in der Satzung der Krankenkasse zu regeln sind. Die für den Regelfall vorgesehene Höchstgrenze von fünf Jahren für die Dauer von Modellvorhaben soll es dem Gesetzgeber ermöglichen, innerhalb einer überschaubaren Zeitspanne die durch die Auswertung der Modellvorhaben nach § 65 zu gewinnenden Erkenntnisse ggf. für gesetzgeberische Konsequenzen für das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen. Zugleich soll durch die Höchstgrenze vermieden werden, daß Modellvorhaben zweckentfremdet werden, um bestimmte Versorgungsstrukturen oder Leistungsangebote dauerhaft einzuführen, ohne daß die damit verbundenen Auswirkungen auf Qualität und Kosten der Versorgung wissenschaftlich ausgewertet werden.

Zu Absatz 6

Es wird klargestellt, daß Modellvorhaben auch auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend der Vorschriften dieses Abschnittes vereinbart werden können.

Zu § 64

§ 64 regelt Verfahrensfragen für die Vereinbarung von Modellvorhaben zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und Leistungserbringern. Die Vorschriften für die Vertragsärzte gelten entsprechend auch für die Vertragszahnärzte.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, daß Vereinbarungen über Modellvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu schließen sind. Dadurch wird auch die eigenständige Durchführung von Modellvorhaben durch die Krankenkasse insoweit ausgeschlossen, als die Vertragskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen berührt wird.

Zu den Absätzen 2 und 3

Die Absätze 2 und 3 enthalten Vorgaben zum Inhalt der Vereinbarungen und zum Verfahren, um die für eine Teilnahmeentscheidung von Versicherten und Leistungserbringern und für den Ablauf der Vorbereitung des Modellvorhabens notwendige Transparenz zu gewährleisten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt das Verfahren für den Fall, daß eine Vereinbarung über ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zustandekommt, weil die Kassenärztliche Vereinigung einen von seiten der Krankenkassen vorgelegten Vereinbarungsentwurf innerhalb einer Frist von vier Monaten nicht zugestimmt hat. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit, innerhalb dieser Frist eine Abstimmung durchzuführen. Stimmen bei dieser Abstimmung mindestens 25 vom Hundert ihrer Mitglieder oder mindestens 50 vom Hundert der Ärzte, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, dem Modellvorhaben zu, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, den Vertrag auf der Grundlage des vorliegenden Vertragsentwurfs zu schließen. Sie hat dabei die Möglichkeit, auf die Ausgestaltung des Vertrags Einfluß zu nehmen, insbesondere um eine Benachteiligung von Ärzten, die nicht am Modellvorhaben teilnehmen, zu vermeiden. Durch diese Regelung wird sichergestellt, daß Modellvorhaben, die von einer bestimmten Zahl von Ärzten befürwortet werden, auch dann durchgeführt werden können, wenn ein Vertragsschluß mit der Kassenärztlichen Vereinigung in der genannten Frist nicht zustandekommt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 verhindert, daß mit Hilfe der Vergütungen im Rahmen von Modellvorhaben Gesamtvergütungen oder Budgets ausgeweitet werden. Für den Konfliktfall ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

Zu § 65

Die Modellvorhaben sollen Erkenntnisse bereitstellen, die der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung der Krankenkassen für die Weiterentwicklung der Leistungen und der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung nutzen können. Es sind somit hohe Anforderungen an die Validität der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben zu stellen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 schreibt deshalb vor, daß die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards entsprechen muß. Gegenstand der Auswertung ist insbesondere die durch aus den Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnissen belegte Feststellung, in welchem Umfang die nach § 63 Abs. 5 festgelegten Ziele der Modellvorhaben erreicht worden sind und welche Auswirkungen sich auf die Qualität und die Kosten der Leistungserbringung ergeben. Auch soll die Aussagefähigkeit der Ergebnisse der Auswertung im Hinblick auf mögliche Schlußfolgerungen für die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt gewährleistet sein; dazu gehört auch die Feststellung, inwieweit die mit den Modellvorhaben verfolgten Ziele erreicht worden sind und welche Auswirkungen sich auf Qualität und Kosten der Versorgung ergeben.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 getroffenen Regelungen zur Unabhängigkeit der mit der Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben beauftragten Sachverständigen richten sich ebenfalls darauf, die wissenschaftliche Qualität der Auswertung und damit die Verwertbarkeit der Ergebnisse, insbesondere für den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung, zu gewährleisten. Die Veröffentlichung des Berichts der Sachverständigen soll sicherstellen, daß die Ergebnisse allgemein zugänglich sind und diskutiert werden können.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält datenschutzrechtlich notwendige Regelungen.

Zu Nummer 16 (§§ 67, 68)

Die Vorschriften werden gestrichen, weil sie durch die Neuregelungen in den §§ 63 bis 65 überflüssig geworden sind.

Zu Nummer 17 (§ 69)

Es handelt sich um die Berichtigung eines Redaktionsversehens. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen nicht zu den „sonstigen Leistungserbringern“ (siehe §§ 69, 132 ff.). Durch die Änderung wird zugleich klargestellt, daß auch in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist (siehe § 71).

Zu Nummer 18 (§ 71)

Mit der Neufassung fällt der geltende Absatz 2 weg, der die Vorlagepflicht von Vergütungsverträgen der Vertragspartner an ihre jeweilige Aufsichtsbehörde regelte. Absatz 2 ist entbehrlich. Wenn die staatliche Aufsicht im Interesse einer Stärkung der Selbstverwaltung eingeschränkt werden soll, ist es nicht mehr sinnvoll, jeden einzelnen Vergütungsvertrag durch die Aufsichtsbehörden prüfen zu lassen. Die Aufsichtsbehörden haben nach § 88 Abs. 2 SGB IV aber weiterhin die Möglichkeit, Verträge anzufordern und zu prüfen.

Zu Nummer 19 (§ 73)

Abweichend vom bisher geltenden Recht kann jeder einzelne Spitzenverband der Krankenkassen das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung, bestimmen. Dies erweitert den Gestaltungsspielraum der einzelnen Kassenart und gibt ihr z. B. die Möglichkeit, die Liste solcher Leistungen, die in der hausärztlichen Versorgung nicht erbracht werden dürfen, entsprechend ihren Interessen abweichend zu gestalten.

Zu Nummer 20 (§ 75)

Durch die Ergänzung wird klargestellt, daß die vertragsärztliche Versorgung auch zu den üblicherweise stundenfreien Zeiten, z. B. Zeiten nach 18.00 Uhr, Wochenenden und Feiertagen, sicherzustellen ist. Die ärztliche Versorgung im Notdienst ist zu unterscheiden von der ärztlichen Versorgung, die im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlich ist. Diese notärztliche Versorgung ist Bestandteil der Leistung Rettungsdienst, deren Ausgestaltung nach Maßgabe des § 133 von den Krankenkassen mit den jeweiligen Rettungsdiensten vereinbart wird.

Der zweite Halbsatz eröffnet dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit, abweichende landesrechtliche Regelungen vorzusehen.

Zu Nummer 21 (§ 78 Abs. 3)

Im Hinblick auf die erhöhte Eigenverantwortung der Selbstverwaltung erscheinen die bisher bestehenden aufsichtsrechtlichen Genehmigungserfordernisse und Anzeigepflichten bei bestimmten Vermögenslagen der Krankenkassen nicht mehr angemessen und erforderlich.

Zu Nummer 22 (§ 85 Abs. 1)

Es wird klargestellt, daß die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen, die im Wege der Kostenersatzung in Anspruch genommen werden, als Teil der Gesamtvergütung direkt an die Versicherten ausbezahlt wird und damit von dem von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Betrag in Abzug zu bringen ist. Die Krankenkasse hat der Kassenärztlichen Vereinigung die Kostenersatzungsbeträge mitzuteilen.

Zu Nummer 23 (§ 89)

Wenn die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Vertragsärzten mehr Verantwortung übernehmen soll, sind wirksame Konfliktlösungsinstrumente unentbehrlich. Deshalb muß das geltende Schiedsverfahren an die erhöhten Anforderungen angepaßt werden. Dem dienen die Änderungen des § 89.

Zu Buchstabe a (§ 89 Abs. 1 a Satz 2)

Die Entscheidungsfrist wird auf einen Monat verkürzt, wenn nicht die Beteiligten, sondern die zuständigen Aufsichtsbehörden das Schiedsamt anrufen. Damit soll das Schiedsverfahren beschleunigt werden.

Zu Buchstabe b (§ 89 Abs. 3) und c (§ 89 Abs. 4)

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsämter werden künftig bei Nichteinigung der Beteiligten durch die Präsidenten der Landessozialgerichte bzw. des Bundessozialgerichts berufen. Das bisher geltende Losverfahren hat sich als nicht sachgerecht erwiesen.

Zu Buchstabe d (§ 89 Abs. 5)

Folgeänderung zum Wegfall des § 71 Abs. 2 (vgl. die Begründung zu § 71).

Zu Buchstabe e (§ 89 Abs. 7 Satz 3)

Die für das gemeinsame Schiedsamt nach § 89 Abs. 4 geltende Regelung einschließlich Konfliktlösung soll entsprechend für das Bundesschiedsamt nach Abs. 7 gelten.

Zu Nummer 24 (§ 106 Abs. 3)

Redaktionelle Folgeregelung zur Neufassung des § 64.

*Zu Nummer 25 (§ 111)**Zu Buchstabe a (§ 111 Abs. 2)*

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 1 wird auf das bisher geltende Erfordernis des gemeinsamen Abschlusses von Versorgungsverträgen auf seiten der Krankenkassen verzichtet. Jeder Landesverband trifft für seine Kassenart die Entscheidung über den Abschluß eines Versorgungsvertrages aufgrund des Bedarfs der Mitgliedskassen. Landesverbände der

Krankenkassen im selben und in anderen Bundesländern und Verbände der Ersatzkassen können dem Versorgungsvertrag beitreten. Darüber hinaus können einzelne Krankenkassen aus anderen Bundesländern beitreten. Die Regelung schafft die Voraussetzung für mehr eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen und für mehr Wettbewerb im Vorsorge- und Rehabilitationssektor.

Ein Versorgungsvertrag darf in Zukunft nur mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung abgeschlossen werden, die sich mit dem Vertragsschließenden Kassenverband auf einen Vertrag über Maßnahmen zur Qualitätssicherung geeinigt hat. Gegenstand des Qualitätssicherungs-Vertrages sind insbesondere die Indikationsstellung, die Behandlungsziele, die indikationsbezogenen Therapiepläne sowie das angestrebte und tatsächlich erreichte Behandlungsergebnis. Insgesamt soll über den Qualitätssicherungs-Vertrag ein Prozeß eingeleitet werden, der zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Leistungsqualität führt.

Analog zur Regelung für Akutkrankenhäuser in § 109 Abs. 2 Satz 1 wird klargestellt, daß ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nicht besteht.

Zu Buchstabe b (§ 111 Abs. 4 Satz 2 und 3)

Ein Versorgungsvertrag kann in Zukunft mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden (Absatz 4 Satz 2). Die bisherige Begrenzung der Kündigungsgründe auf die Voraussetzungen, die für den Abschluß des Versorgungsvertrages gelten, entfällt. In einer Übergangszeit beträgt die Kündigungsfrist drei Jahre; Einrichtungen, die bereits einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, haben somit ausreichend Zeit, um z. B. einen Vertrag zur Qualitätssicherung abzuschließen.

Wegen des engen Zusammenhangs zwischen Krankenhausleistungen und AHB-Leistungen ist in Zukunft über den Abschluß eines Versorgungsvertrages, der Leistungen der Anschlußheilbehandlung (AHB) nach § 40 Abs. 6 Satz 1 vorsieht, mit der jeweils zuständigen Landesbehörde Einvernehmen nicht lediglich anzustreben, sondern herzustellen (Absatz 4 Satz 3).

*Zu Nummer 26 (§ 112)**Zu Buchstabe a (§ 112 Abs. 1)*

Durch die Änderung in Absatz 1 wird auf das bisher geltende Erfordernis des gemeinsamen Abschlusses von zweiseitigen Verträgen auf seiten der Krankenkassen verzichtet. Jeder Landesverband kann für seine Kassenart einen Vertrag schließen. Die Regelung schafft auch für die zweiseitigen Verträge die Voraussetzung für mehr eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen und für mehr Wettbewerb in der stationären Versorgung.

Zu Buchstabe b (§ 112 Abs. 3)

Zweiseitige Verträge sind bisher nur teilweise zustande gekommen. Von der Möglichkeit, die

Schiedsstelle anzurufen, machen die Selbstverwaltungspartner kaum Gebrauch. Um die Regelungslücken zu schließen, wird den Landesbehörden in Absatz 3 ein eigenständiges Recht zur Anrufung der Schiedsstelle eingeräumt.

Zu Nummer 27 (§ 114)

Zu Buchstabe a (§ 114 Abs. 1)

Die Ergänzung ist erforderlich, da künftig Verträge auch von einzelnen Landesverbänden, also kassenartenspezifisch, geschlossen werden können.

Zu Buchstabe b (§ 114 Abs. 2)

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle werden künftig bei Nichteinigung der Beteiligten durch den Präsidenten des Landessozialgerichts berufen. Das bisher geltende Losverfahren hat sich als nicht sachgerecht erwiesen.

Die Zuweisung der Berufungskompetenz an den Präsidenten des Landessozialgerichts dient der Angleichung an die Schiedsstellenregelung in § 89 für die vertragsärztliche Versorgung (siehe Artikel 1 Nr. 23).

Zu Nummer 28 (§ 115)

Zu Buchstabe a (§ 115 Abs. 1)

Durch die Änderung in Absatz 1 wird auf das bisher geltende Erfordernis des gemeinsamen Abschlusses von dreiseitigen Verträgen auf Seiten der Krankenkassen verzichtet. Jeder Landesverband kann für seine Kassenart einen Vertrag schließen. Die Regelung schafft auch für die dreiseitigen Verträge die Voraussetzung für mehr eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen und für mehr Wettbewerb in der stationären Versorgung.

Zu Buchstabe b (§ 115 Abs. 3 Satz 1)

Dreiseitige Verträge sind bisher nur teilweise zustande gekommen. Von der Möglichkeit, die Schiedsstelle anzurufen, machen die Selbstverwaltungspartner kaum Gebrauch. Um die Regelungslücken zu schließen, wird den Landesbehörden in Absatz 3 ein eigenständiges Recht zur Anrufung der Schiedsstelle eingeräumt.

Zu Buchstabe c (§ 115 Abs. 4)

Zur Stärkung des Vorrangs der Selbstverwaltung wird die Ermächtigungsgrundlage in Absatz 4 zum Erlass einer Rechtsverordnung durch die Landesregierung aufgehoben.

Zu Nummer 29 (§ 115 b)

Zu Buchstabe a (§ 115 b Abs. 1)

Die Festlegung des Kataloges ambulanter Operationsleistungen sowie die Vereinbarung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit bleiben Aufgabe der Vertragsparteien

auf der Bundesebene. Demgegenüber wird die Kompetenz zur Vereinbarung der Vergütung ambulanter Operationsleistungen im Hinblick auf das Fehlen einer Bundesschiedsstelle für die dreiseitigen Verträge von der Bundesebene auf die Landesebene übertragen.

Zu den Buchstaben b und c (§ 115 b Abs. 2 und 3)

Durch die Regelung in Absatz 2 wird auf das bisher für das ambulante Operieren geltende Erfordernis der gemeinsamen Vereinbarung der Vergütung verzichtet. Die Regelung schafft die Voraussetzung für mehr eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen und für mehr Wettbewerb auch im Bereich des ambulanten Operierens.

Die bisher in Absatz 3 vorgesehene Ersatzvornahme durch Erlass einer Rechtsverordnung der Bundesregierung entfällt. Die Selbstverwaltung erhält auch in diesem Bereich Vorrang vor dem Staat. Die Lösung von Konflikten bei der Vereinbarung der Vergütung wird der Landesschiedsstelle nach § 114, die zu diesem Zweck um Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung erweitert wird, übertragen.

Die Aufhebung der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Rechtsverordnung bezieht sich auch auf die Festlegung des Kataloges ambulanter Operationsleistungen sowie auf die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Eine Konfliktregelung für diese primär im medizinischen Bereich liegenden Fragestellungen wird im Zusammenhang mit der im Entwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 vorgesehenen Übertragung der Kompetenz zur Festlegung von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgen.

Zu Buchstabe d (§ 115 b Abs. 4 und 5)

Absatz 4 ist obsolet geworden und wird deshalb aufgehoben.

Absatz 5 mit der Möglichkeit der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, ein gemeinsames Budget für ambulante Operationsleistungen zu vereinbaren, entfällt. Von diesem Instrument hat die Selbstverwaltung in der Vergangenheit keinen Gebrauch gemacht. Im Hinblick auf die vorgesehene Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Kassenarten und den Wettbewerb unter den Krankenkassen ist eine Regelung für ein gemeinsames Budget nicht länger sachgerecht.

Zu Nummer 30 (§ 120)

Die Vergütungen der ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren müssen wie die der übrigen ambulanten Leistungen zukünftig nicht mehr gemeinsam und einheitlich durch die Krankenkassenverbände vereinbart werden. Diese Verträge kann ein Landesverband der Krankenkassen oder ein Verband der Ersatzkassen auch kassenartenspezifisch schließen.

Zu Nummer 31 (§ 133)

Die Vorschrift führt konsequent und durchgängig das Vertragsprinzip ein, um dem langfristig deutlich überproportionalen Ausgabenanstieg in diesem Leistungssektor Einhalt zu gebieten. Den Krankenkassen wird mit der Vertragslösung eine unmittelbare Einwirkungsmöglichkeit auf die Höhe der Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports für ihre Versicherten eingeräumt. Die Regelung läßt landesrechtliche Vorschriften zu Hilfsfristen, Organisationsstrukturen und zu allgemeinen persönlichen und sächlichen Standards unberührt. Es wird jedoch erwartet, daß landesrechtliche Bestimmungen zur Vergütung des Krankenversicherungsrecht berücksichtigen, soweit es um Leistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung geht.

Zu Absatz 1

Die Regelung in Absatz 1 sieht vor, daß Krankenkassen oder deren Verbände auf regionaler oder überregionaler Ebene Versorgungs- und Vergütungsverträge mit preisgünstigen, nach landesrechtlichen Bestimmungen zugelassenen Leistungserbringern im erforderlichen Umfang, d. h. in der erforderlichen Anzahl von Leistungserbringern, schließen. Die Krankenkassen sind damit grundsätzlich nicht verpflichtet, mit sämtlichen nach Landesrecht zugelassenen Leistungserbringern Verträge zu vereinbaren. Bei bestehender Anbietervielfalt haben sich Vereinbarungen an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Alternativ können Verträge mit Rettungszweckverbänden, die kommunale Zusammenschlüsse von Aufgabenträgern im Rettungsdienst darstellen, geschlossen werden. In den Vergütungsverträgen für Rettungsdienste sind neben den Vergütungen für die Transportleistung die Vergütungen für notfallmedizinische Leistungen zu vereinbaren. Für festgelegte Zeiträume können die Krankenkassen mit Leistungserbringern oder Rettungszweckverbänden auch Budgets als pauschalen Gesamtbetrag für Leistungen des Rettungsdienstes und/oder des Krankentransports vereinbaren. In den Verträgen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (§ 71). Die Regelung zu den Aufwendungen für Rettungsleitstellen berücksichtigt, daß die Vorhaltung von Rettungsleitstellen zur öffentlichen Daseinsvorsorge des jeweiligen Landes gehört und zudem die Rettungsleitstellen nach Landesrecht häufig weitere Aufgaben der Daseinsvorsorge (z. B. Brandschutz, Katastrophenschutz) zu erfüllen haben.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 ist geregelt, daß die ausgehandelten Vergütungen bis zum Abschluß neuer Vergütungsvereinbarungen weitergelten. Damit wird auf beide Vertragspartner ein Einigungsdruck ausgeübt. Dies hat jedoch keinen Einfluß darauf, daß bestehende Verträge insgesamt gekündigt werden können.

Zu Absatz 3

Die Schiedsstellenregelung in Absatz 3 berücksichtigt, daß bei Leistungen des Rettungsdienstes eine

zeitnahe Einigung besonders dringlich ist. Da die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei angerufen werden kann, stellt die Vorschrift sicher, daß langwierige, ergebnislose Verhandlungen vermieden und eine schnelle Einigung herbeigeführt werden kann. Diesem Ziel dient auch die Regelung zur Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden. Auch die Schiedsstelle hat bei ihrer Entscheidung den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (§ 71).

Zu Nummer 32 (§ 195)

Die deutlich erweiterte Finanzverantwortung der Selbstverwaltung der Krankenkassen, wie sie in verschärften Regelungen zur Erhöhung des Beitragssatzes zum Ausdruck kommt (vgl. § 220 Abs. 1, § 221), macht eine Genehmigung entsprechender Beschlüsse durch die Aufsichtsbehörde entbehrlich. Die Selbstverwaltung soll Bestimmungen über die Höhe der Beiträge eigenverantwortlich treffen. Die Ausnahme gilt aber nur für Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241 SGB V), da sich alle anderen Beitragssätze von ihm ableiten. Für alle übrigen Beitragsfestlegungen bleibt es bei den bisherigen Befugnissen der Aufsichtsbehörden, die z. B. weiterhin darauf zu achten haben, daß gesetzlich festgelegte Mindestbeiträge nicht unterschritten werden.

Zu Nummer 33 (§ 208 Abs. 2 Satz 2)

Folgeänderung aufgrund des eingefügten § 85 Abs. 4 SGB IV. Im Hinblick auf die erhöhte Eigenverantwortung der Selbstverwaltung erscheinen die bisherigen in § 85 SGB IV geregelten aufsichtsrechtlichen Genehmigungserfordernisse und Anzeigepflichten zu Vermögensanlagen, Grundstücks- und Datenverarbeitungsangelegenheiten für die Verbände der Krankenkassen ebenso wie für die Krankenkassen selbst nicht mehr angemessen.

Zu Nummer 34 (§ 220)

Die Ergänzung des § 220 Abs. 1 überträgt den bisher nur für die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion (§ 141) und den Vertragsbereich (§ 71) geltenden Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich auch in das Beitragsfestsetzungsverfahren. Sie zwingt damit die Selbstverwaltung zur Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven. Satz 2 schreibt außerdem vor, daß auch eine überdurchschnittliche Steigerung von Verwaltungsausgaben sowie die Aufwendungen für bestimmte abschließend aufgezählte Leistungen, die von der Krankenkasse direkt beeinflußt werden können, nicht zu Beitragserhöhungen führen dürfen. Gegebenenfalls hat die Selbstverwaltung die entsprechenden Ausgaben – notfalls auch durch Änderung der Satzung – zurückzufahren.

Die Verschärfung der Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Beitragserhöhungen gilt allerdings nur für die Erhöhung von Beitragssätzen. Die Anpassung z. B. von Beitragsklassen oder Mindestbeiträgen, die wegen Erhöhungen der Beitragsbemessungsgrenze oder der Bezugsgröße erforderlich wird, wird von diesen Verschärfungen ausdrücklich ausgenommen.

Die Übertragung der vollen Verantwortung für die Beitragsgestaltung auf die Selbstverwaltung macht die Streichung der Absätze 2 bis 4 notwendig, um bisherige Einengungen der Entscheidungen der Selbstverwaltung aufzuheben. Auch eine Beitragsatzanhebung durch die Aufsichtsbehörde (bisher § 220 Abs. 3) hat in diesem Konzept keine Berechtigung mehr.

Zu Nummer 35 (§ 221)

Die Vorschrift erhöht die für Beitragsanhebungen erforderlichen Mehrheiten im Verwaltungsrat. Bei Kassen mit paritätischer Selbstverwaltung gewährleistet sie, daß mindestens die Mehrheit einer jeden Gruppe einer Beitragserhöhung selbst dann zustimmen muß, wenn die andere Gruppe geschlossen zustimmt. Der Vorstand wird verpflichtet, den Verwaltungsrat umfassender und genauer zu informieren, als nach bisherigem Recht vorgesehen war.

Die in der geltenden Fassung des § 221 vorgesehenen Möglichkeiten der Aufsichtsbehörde, Beitrags erhöhungen durchzusetzen, sind mit der deutlich erweiterten Finanzverantwortung der Selbstverwaltung der Krankenkasse nicht zu vereinbaren und werden gestrichen. Wenn eine Kasse unter den künftig geltenden Voraussetzungen ihre Beiträge nicht erhöhen kann und damit nicht mehr leistungsfähig ist, muß sie nach den im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen ggf. geschlossen werden.

Für Beitragsanpassungen (z. B. Neufestsetzung von Beitragsklassen oder Mindestbeiträgen), die wegen der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze oder der Bezugsgröße notwendig werden, gelten die verschärften Voraussetzungen nicht.

Zu Nummer 36 (§ 222)

Folgeänderung der Neuregelung in § 221.

Zu Nummer 37 (§ 249)

Bei Krankenkassen, deren Selbstverwaltung nicht paritätisch zusammengesetzt ist, sind die Arbeitgeber nicht als Gruppe vertreten und können daher nicht – wie nunmehr in § 221 vorgesehen – Beitragsatz erhöhungen verhindern. Damit für sie im Bereich dieser Krankenkassen keine zusätzlichen Belastungen eintreten können, wird die Höhe ihres Beitragsanteils an den Beitragsanteil geknüpft, den sie durchschnittlich bei Ortskrankenkassen zu tragen haben. Darüber, welcher Beitragssatz zugrunde zu legen ist, trifft das Bundesministerium für Gesundheit nähere Feststellungen.

Zu Nummer 38 (§ 266 Abs. 4 Nr. 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in den §§ 54 und 63. Damit wird erreicht, daß Aufwendungen für erweiterte Leistungen und für Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben unberücksichtigt bleiben.

Zu Nummer 39 (§ 275 Abs. 2 Nr. 1)

Grundsätzlich ist die Krankenkasse nach derzeitigem Recht verpflichtet, dem Medizinischen Dienst alle beantragten Vorsorge- und Rehabilitationskuren zur Prüfung vorzulegen. Das Gesetz sieht vor, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen Ausnahmeregelungen beschließen können, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen.

Die erheblichen Kostensteigerungen bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren lassen darauf schließen, daß die Ausnahmeregelungen zu weitreichend sind. Sie sind daher einzuschränken. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren kann nur dann entfallen, wenn diese Maßnahme sich bereits aus einem der Krankenkasse vorliegenden früheren Gutachten ergibt. Dieses Gutachten muß innerhalb eines Jahres vor Antragstellung der Kur abgegeben worden sein.

Für die ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren bleiben die geltenden gesetzlichen Regelungen bestehen (d. h. Ausnahmen nach Indikation und Personenkreis sind möglich).

Zu Nummer 40 (§ 284 Abs. 1)

Zu Buchstabe a (§ 284 Abs. 1 Satz 1)

Nummer 3 enthält eine redaktionelle Folgeänderung, da die Beitragsrückzahlung jetzt in § 56 geregelt ist. In Nummer 4 wird der Krankenkasse die Befugnis gegeben, Sozialdaten auch für die Durchführung von Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. zu erheben und zu speichern.

Zu Buchstabe b (§ 284 Abs. 1 Satz 2)

Redaktionelle Folgeänderung, da die Beitragsrückzahlung jetzt in § 56 geregelt ist.

Zu Nummer 41 (§ 285 Abs. 2 und 3)

Zu Buchstabe a und b

Modellvorhaben nach den §§ 63 ff. können von den Kassenärztlichen Vereinigungen und von den Krankenkassen durchgeführt werden. Es ist daher erforderlich, auch den Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis zu erteilen, für die Modellvorhaben Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen.

Zu Nummer 42 (§ 292)

Zu Buchstabe a und b (§ 292 Abs. 2, 3 und 4)

Die Änderungen sind datenschutzrechtliche Folgeänderungen der Regelungen über die Beitragsrück erstattung, die als Gestaltungsleistung allen Versicherten angeboten werden kann (§ 56).

Zu Nummer 43 (§ 294)**Zu den Buchstaben a und b (§ 294 Abs. 1 und 2)**

§ 294 wird erweitert, um die datenschutzrechtlichen Grundlagen für die Aufzeichnung und Übermittlung personenbezogener Daten durch die Leistungserbringer, soweit sie an den Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 teilnehmen, zu schaffen. Die Leistungserbringer dürfen die personenbezogenen Daten, soweit sie für die Durchführung des Modellvorhabens erforderlich sind, an Krankenkassen und an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Modellvorhaben durchführen, übermitteln.

Zu Nummer 44 (§ 299 Satz 1)

Die Änderungen sind Folgeänderungen der Regelungen über die Beitragsrückerstattung, die als Gestaltungsleistung allen Versicherten angeboten werden kann (§ 56).

Zu Nummer 45 (§ 305)**Zu Absatz 1**

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, Versicherte auf deren Anforderung künftig direkt über die für sie erbrachten Leistungen und deren Kosten zu unterrichten. Die Unterrichtung soll zeitnah nach der Abrechnung erfolgen und umfaßt die Angaben, welche die Leistungserbringer bei der Abrechnung mit den Krankenkassen nach den §§ 295, 300, 301 und 302 angeben. Die Kosten der Leistungen sind in Deutsche Mark anzugeben.

Zu Absatz 2

Die gesetzliche Auskunftspflicht der Leistungserbringer kann durch eine Vereinbarung der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf die Krankenkassen übertragen werden. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, bleibt es bei der Auskunftspflicht der Leistungserbringer.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht dem Verfahren nach geltendem Recht.

Die Neufassung des § 305 soll am 1. Januar 1999 in Kraft treten (vgl. Artikel 8 Abs. 2).

Zu Nummer 46 (§ 310)

§ 310 Abs. 1 enthält Sonderregelungen für die Krankenversicherung im Beitrittsgebiet bei Zuzahlungen zu Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation. Sie sind entsprechend den für das alte Bundesgebiet vorgesehenen Änderungen ebenfalls zu ändern. Zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren sind kalendertäglich 20 DM zu zahlen, die auf 14 Tage im Kalenderjahr begrenzte Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung und Anschlußheilbehandlung beträgt weiterhin 9 DM. Für die Zuzahlungen zu

Arzneimitteln und Fahrkosten gibt es – wie schon im geltenden Recht – keine unterschiedlichen Zuzahlungsbeträge zwischen West und Ost. Alle Zuzahlungsbeträge werden der wirtschaftlichen Entwicklung in regelmäßigen Abständen nach dem in § 62a vorgeschriebenen Verfahren angepaßt. Die erhöhte Zuzahlung zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren wird – wie der entsprechende Zuzahlungsbetrag im Rechtskreis West – erstmals zum 1. Juli 1999 angepaßt (§ 40 Abs. 5).

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)**Zu § 85**

Im Hinblick auf die erhöhte Finanzverantwortung der Selbstverwaltung der im Wettbewerb stehenden Kassen erscheinen die bisherigen aufsichtsrechtlichen Genehmigungserfordernisse und Anzeigepflichten für bestimmte Vermögensanlagen bei den genannten Kassenarten nicht mehr angemessen und erforderlich.

Zu Artikel 3 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)**Zu Nummer 1 (§ 195)**

Folgeänderung, da die Beitragsrückzahlung jetzt in § 56 SGB V geregelt ist.

Zu Nummer 2 (§ 196)

Folgeänderung zur Änderung des § 31 Abs. 3 und 4 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 1 (§ 22)**

Folgeänderung, da die Beitragsrückzahlung jetzt in § 56 SGB V geregelt ist.

Zu Nummer 2 (§ 23)

Folgeänderung zur Änderung des § 31 Abs. 3 und 4 SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu § 8**

Folgeänderung zur Neufassung des § 65 SGB V.

Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu § 18 a**

Der Vorsitzende der Schiedsstelle und sein Stellvertreter werden künftig bei Nichteinigung der Beteiligten durch den Präsidenten des Landessozialgerichts

berufen. Die Verlagerung dieser Befugnis von der zuständigen Landesbehörde auf den Präsidenten des Landessozialgerichts stärkt die Neutralität des Schiedsstellenvorsitzenden.

Die Zuweisung der Berufungskompetenz an den Präsidenten des Landessozialgerichts – und nicht an den Präsidenten des Oberverwaltungsgerichts – dient der Angleichung an die Schiedsstellenregelung in § 89 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung (siehe Artikel 1 Nr. 23).

Zu Artikel 7 (Rechtsangleichung)

Zu Absatz 1

Seit der Wiedervereinigung ist es ein vorrangiges Anliegen der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, die Lebensverhältnisse in den neuen und den alten Ländern einander anzugleichen. Ziel des Angleichungsprozesses war es, in den neuen Ländern ein Gesundheitssystem aufzubauen, das auf den Prinzipien der Freiheitlichkeit, Pluralität, Solidarität und Eigenverantwortung beruht und das die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen dauerhaft auf hohem Niveau gewährleistet. Die Angleichung der Lebensverhältnisse ist im Gesundheitswesen schon sehr weit gediehen – weiter als in vielen anderen Lebensbereichen. Deshalb werden spätestens ab 1. Januar 1999 in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitliche Bedingungen geschaffen. Falls die Bezugsgröße Ost schon vor diesem Zeitpunkt 90 % der Bezugsgröße West erreicht, erfolgt die Angleichung entsprechend früher. Eine Ausnahme gilt lediglich für die Bereiche, in denen – wie z. B. bei der Zulassung von Polikliniken und Ambulatorien – der besonderen Situation in den neuen Ländern auch künftig Rechnung getragen werden muß.

Eine Angleichung im Vergütungsbereich durch Gesetz ist nicht vorgesehen. Dies bleibt der Vertragshoheit der Beteiligten überlassen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, daß ab 1999 die für die alten Länder festgelegten Rechenwerte in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitlich im ganzen Bundesgebiet gelten. Eine Trennung zwischen den alten Ländern und dem Beitrittsgebiet besteht dann insoweit nicht mehr.

Zu Absatz 3

Die Regelung in Absatz 3 gewährleistet, daß die bisherige Regelung in § 309 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Anrechnung von Vorversicherungszeiten in der Versicherung der früheren DDR) bestehen bleibt.

Zu Absatz 4

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Absatz 1.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten. Absatz 2 sieht für die Neufassung des § 305 SGB V ein späteres Inkrafttreten vor, um den Leistungserbringern für die Erfüllung ihrer Auskunftspflicht eine angemessene Vorbereitungszeit einzuräumen.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen des Gesetzes führen gemeinsam mit den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten Entwürfen eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 (Drucksache 13/3062) sowie eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaufgaben 1996 (Drucksache 13/3061) zu einer Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zur Stabilisierung der Beitragssatzniveaus.

Der Gesetzentwurf beruht im wesentlichen auf strukturellen Maßnahmen, die die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, auf wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme hinzuwirken, entscheidend verbessern. Die Flexibilisierung des Vertragsrechts gibt den Krankenkassen vor allem die Möglichkeit, kostengünstigere Versorgungsstrukturen zu vereinbaren, Leistungen preiswerter zur Verfügung zu stellen und durch die Vernetzung von Versorgungsbereichen die Effizienz zu steigern, ohne daß die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigt wird. Gleichzeitig wird durch die Erschwerung von Beitragssatzerhöhungen dafür Sorge getragen, daß Mehrbelastungen der Beitragszahler wegen Verschwendung oder Unwirtschaftlichkeit unterbleiben. Der soziale Wettbewerb der Krankenkassen im Zusammenspiel von Finanz- und Leistungsverantwortung der Selbstverwaltungspartner wird sowohl Effizienz- als auch Qualitätsverbesserungen bringen, die auch kostensenkend wirken können.

Auch in Einzelbereichen werden preissenkende Effekte des Wettbewerbs und Wirtschaftlichkeitsreserven verstärkt genutzt. Das gilt für die Rettungsdienste und Krankentransporte, bei denen die Krankenkassen künftig durch Verträge mit preisgünstigen Leistungserbringern eine wirtschaftlichere Versorgung erreichen sollen. Bei den stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren schließlich zielt ein Bündel von Maßnahmen darauf ab, daß die bisherigen kosten trächtigen Fehlsteuerungen beseitigt werden.

Die Koalitionsfraktionen gehen davon aus, daß zusammen mit den vorgesehenen Maßnahmen in der stationären Versorgung durch dieses Maßnahmenpaket spürbare Einspareffekte eintreten werden. Der Umfang der daraus resultierenden finanziellen Entlastungen läßt sich nicht quantifizieren. Jede Reduzierung des Ausgabenanstiegs der Krankenkassen um einen Prozentpunkt (ohne Berücksichtigung des Krankenhausbereichs) führt zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Größenordnung von ca. 1,7 Mrd. DM.

Durch die Anhebung bzw. Anpassung der Zuzahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Krankenhausbehandlung, Fahrkosten und

Arzneimittel werden im Ergebnis Mindereinnahmen der Krankenversicherung vermieden, die sich bei weiterer Festschreibung der bislang gesetzlich vorgesehenen festen DM-Beträge ergeben würden. Im einzelnen führen diese Regelungen jährlich zu folgenden finanziellen Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung:

– Arzneimittel	ca. 350 Mio. DM,
– Krankenhausbehandlung	ca. 70 Mio. DM,
– Fahrkosten	ca. 10 Mio. DM,
– Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	ca. 60 Mio. DM.

Im Jahre 1997 werden die Versicherten wegen des Inkrafttretens zur Jahresmitte nur mit der Hälfte dieser Beträge belastet.

Für die Arbeitgeber entstehen finanzielle Entlastungen für die Anrechnung von Urlaubstagen bei der Inanspruchnahme stationärer Kuren.

Für den Bund entstehen durch dieses Gesetz als Träger der durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte finanzielle Entlastungen in nicht konkretisierbarer Höhe.

D. Preiswirkungsklausel

Das Gesetz erschließt durch Intensivierung des Wettbewerbs Preissenkungsspielräume im Gesundheitswesen, wirkt dämpfend auf die Ausgabenentwicklung und stabilisierend auf das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Unmittelbare Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.