Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/6087

12. 11. 96

Gesetzentwurf

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

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG)

A. Problem

Die Sicherung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitiger Stabilisierung des Beitragssatzniveaus ist unverzichtbare Voraussetzung dafür, daß die GVK auch in Zukunft ihrem sozialen Auftrag gerecht werden kann, die Versorgung der Versicherten auf qualitativ hohem Niveau sicherzustellen. Dabei gilt es, das medizinisch Erforderliche mit dem volkswirtschaftlich Vertretbaren und dem Versicherten Zumutbaren in Einklang zu bringen. Beitragssatzanhebungen wegen unwirtschaftlicher Versorgung werden daher in Zukunft erheblich erschwert. Die Selbstverwaltung muß ihrer Verantwortung gerecht werden, die Beiträge der Versicherten treuhänderisch sorgsam zu verwalten und mit ihnen sparsam umzugehen.

In der stationären Versorgung drohen auf die Krankenkassen nach dem Auslaufen des Stabilisierungsgesetzes 1996 und infolge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes zu den großen baulichen Instandhaltungsaufwendungen Mehrbelastungen zuzukommen, die die Beitragssatzstabilität gefährden würden.

In der zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Prävention und Zahnerhaltung ein zu geringer Stellenwert im Vergleich zur Versorgung mit Zahnersatz eingeräumt. Außerdem führt die gegenwärtige prozentuale Bezuschussung für prothetische Versorgungen dazu, daß besonders aufwendige Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung hoch bezuschußt werden.

B. Lösung

Zusammen mit dem 1. GKV-Neuordnungsgesetz stärkt dieses Gesetz die Eigenverantwortung der Versicherten, erweitert die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung und erhöht ihre

Finanz- und Leistungsverantwortung. Dies geschieht insbesondere durch folgende Maßnahmen:

- Die Rechte der Versicherten werden erweitert.
- Der Selbstverwaltung werden neue Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungsbereich sowie bei der Vertragsgestaltung eingeräumt. Darüber hinaus können die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eigenverantwortlich im Rahmen von Modellvorhaben Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung weiterentwickeln.
- Der stationäre Sektor wird wirksamer in die Verantwortung zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner werden erweitert, staatliche Regelungen werden abgebaut. Die Finanzierung der baulichen Instandhaltungsaufwendungen wird über die Pflegesätze sichergestellt. Die Mehraufwendungen der Krankenkassen werden durch einen Beitrag der Versicherten refinanziert.

In der zahnmedizinischen Versorgung wird der Prävention und Zahnerhaltung zukünftig Vorrang vor der Versorgung mit Zahnersatz eingeräumt. Die Prävention für werdende Mütter und Kleinstkinder wird verbessert und eine zahnmedizinische Prophylaxe für Erwachsene eingeführt.

Der geltende prozentuale Zuschuß der Krankenkassen zum Zahnersatz wird durch standardisierte Festzuschüsse zu den einzelnen prothetischen Versorgungsformen ersetzt. Die Festzuschüsse werden auf der Basis des heutigen zahnmedizinischen Niveaus nach gesetzlich vorgegebenen Kriterien von der Selbstverwaltung konkret festgelegt. Die Krankenkasse zahlt die Festzuschüsse direkt an den Versicherten. Die Abrechnung der prothetischen Leistungen erfolgt unmittelbar zwischen Vertragszahnarzt und Versicherten auf der Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte. Dabei wird der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten für eine Übergangszeit von zwei Jahren auf das 1,7fache bzw. im Beitrittsgebiet auf das 1,76fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Für Härtefälle gilt diese Begrenzung dauerhaft.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden werden mit Haushaltsausgaben nicht belastet.

E. Sonstige Kosten

Das Gesetz führt zur finanziellen Entlastung in der gesetzlichen Krankenversicherung und dient der Stabilisierung der Beitragssätze der Krankenkassen und damit auch der Stabilisierung der

Lohnnebenkosten der Wirtschaft. Mehraufwendungen der GKV durch die Übernahme von Instandhaltungsinvestitionen im Krankenhaus werden durch einen befristeten zusätzlichen Beitrag der Mitglieder ausgeglichen. Die Mehrausgaben für die Prophylaxe in der zahnmedizinischen Versorgung werden durch entsprechende Minderausgaben für die Ausgrenzung von unnötig aufwendigen Keramikverblendungen finanziert. Durch den Auskunftsanspruch der Versicherten über die Kosten der Versorgung können Leistungserbringern Kosten entstehen, denen allerdings Vorteile einer erhöhten Transparenz gegenüberstehen.

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 2 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Artikel 3 Änderung der Reichsversicherungsordnung

Artikel 4 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Artikel 6 Änderung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996

Artikel 7 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Artikel 8 Änderung der Abgrenzungsverordnung

Artikel 9 Aufhebung der Pflege-Personalregelung

Artikel 10 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Artikel 11 Übergangsvorschriften

Artikel 12 Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (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."

   b) Absatz 4 wird aufgehoben.

2. Dem § 18 werden folgende Absätze angefügt:

   „(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt. Satz 1 gilt nicht für Leistungen, die auf Grund des über- und zwischenstaatlichen Rechts erbracht werden.

   (5) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

3. § 22 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 wird das Wort „zwanzigste" durch das Wort „achtzehnte" ersetzt.

   b) Absatz 2 Satz 1 wird aufgehoben.

   c) In Absatz 3 werden in Satz 1 das Wort „zwanzigste" durch das Wort „achtzehnte" ersetzt und Satz 2 aufgehoben.

   d) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze angefügt:

   „(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Die individualprophylaktischen Leistungen umfassen Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Dabei sind Maßnahmen zu bevorzugen, die Versicherte selbst durchführen können.

   (5) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92."

4. Dem § 23 werden folgende Absätze angefügt:

   „(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 bis 6 abweichende Regelungen treffen mit Ausnahme des Anspruchs nach Absatz 1 auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln; § 56 bleibt unberührt.

   (8) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 7 sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

5. Dem § 26 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

   „Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 2 können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden."

6. § 30 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

   „§ 30
   Kostenerstattung durch Festzuschüsse bei Zahnersatz"

   b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

   „(1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, haben Anspruch auf einen Festzuschuß zu der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei großen Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer ist der Anspruch auf den Festzuschuß für vier zu ersetzende Zähne, bei Brücken mit mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet auf den Festzuschuß für drei zu ersetzende Zähne begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für zwei Verbindungselemente je Kiefer sowie bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf den Festzuschuß für drei Verbindungselemente begrenzt. Bei Verblendungen ist der Anspruch auf den Festzuschuß für Kunststoff-Verblendungen begrenzt. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, sind Sachleistungen."

   c) Der bisherige Absatz 1 a wird Absatz 2.

   d) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 eingefügt:

   „(3) Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöht sich der Festzuschuß nach Absatz 1 für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

   1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
   2. sich nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

   Der Festzuschuß erhöht sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2.

   (4) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den Festzuschuß an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten; der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen. Vor Beginn der Behandlung hat er einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln."

   e) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

7. Nach § 30 wird folgender Paragraph eingefügt:

   „§ 30a
   Festsetzung der Festzuschüsse

   (1) Die Festzuschüsse nach § 30 Abs. 1 haben die zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörenden prothetischen Versorgungsformen zu umfassen. Insbesondere sind Festzuschüsse für Kronen, für Totalprothesen und für zu ersetzende Zähne auf der Basis von herausnehmbarem Zahnersatz, Brücken und Kombinationsversorgungen zu bilden. Es ist auf standardisierte Versorgungsformen und nicht auf den konkreten Leistungsumfang im Einzelfall abzustellen. Der Festzuschuß umfaßt in einer Summe die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen bei prothetischen Versorgungen.

   (2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt nach Anhörung des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu den von ihm zu standardisierenden Versorgungsformen, für die Festzuschüsse festzusetzen sind. § 94 Abs. 1 Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

   (3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich die Höhe der Festzuschüsse getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet fest. Die Festsetzung der Festzuschüsse hat bei den zahnärztlichen Leistungen nach den Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnung für Zahnärzte in Höhe des 1,7fachen des nach dieser Gebührenordnung jeweils geltenden Gebührensatzes zu erfolgen. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist das 1,76fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Ge-

bührensatzes zugrundezulegen. Für die zahntechnischen Leistungen ist die Leistungsbeschreibung des am 31. Dezember 1996 gültigen Bundesleistungsverzeichnisses anzuwenden und mit einem gewogenen durchschnittlichen Preis getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet zu bewerten, der aus den zu diesem Zeitpunkt auf Landesebene geltenden Preisen für Praxis- und gewerbliche Labore von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu ermitteln ist. Der Festzuschuß umfaßt 50 vom Hundert der Beträge nach den Sätzen 2 bis 4. Das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und zahntechnische Leistungen im Jahr 1996, abzüglich der sich aus § 30 Abs. 1 Satz 5 ergebenden Minderausgaben, darf bei der erstmaligen Festsetzung der Festzuschüsse insgesamt nicht überschritten werden. Die Festzuschüsse sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen."

8. § 31 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Bluttestsreifen."

9. Dem § 32 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 und 2 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt. Satz 1 gilt nicht für Heilmittel, die im Rahmen einer ambulanten Anschlußrehabilitation erbracht werden.

(4) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 mit Ausnahme von Heilmitteln, die im Rahmen einer ambulanten Anschlußrehabilitation erbracht werden, sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

10. Dem § 34 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Versorgung nach § 33 umfaßt nicht Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie."

11. Dem § 37 werden folgende Absätze angefügt:

„(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 bis 4 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt.

(6) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 5 sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

12. Dem § 40 werden folgende Absätze angefügt:

„(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 bis 6 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt. Satz 1 gilt nicht für Leistungen bei ambulanter und stationärer Anschlußrehabilitation.

(8) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 7 mit Ausnahme der Leistungen bei ambulanter oder stationärer Anschlußrehabilitation sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

13. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgende Absätze werden angefügt:

„(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von Absatz 1 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt. Satz 1 gilt nicht für Leistungen bei ambulanter und stationärer Anschlußrehabilitation.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 mit Ausnahme von Leistungen bei ambulanter und stationärer Anschlußrehabilitation sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

14. Im Dritten Kapitel wird der Sechste Abschnitt wie folgt gefaßt:

„Sechster Abschnitt.
Gestaltungsleistungen

§ 53
Selbstbehalt

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

§ 54
Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung 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 Satzung regelt die Höhe des Rückzahlungsbetrages, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils. Der Rückzahlungsbetrag wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 55
Zuzahlungen

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, für alle Versicherten dieser Krankenkasse erhöhen; eine Staffelung nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen ist möglich. Die Einführung neuer Zuzahlungen ist nur zulässig bei satzungsgemäßen Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1

Nr. 2); sie ist nicht zulässig für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 56
Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen für alle bei ihr Versicherten erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung kraft oder aufgrund Gesetzes oder Satzung ausgeschlossene Leistungen vorsehen; Absatz 1 Satz 2 gilt.

(3) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz (§§ 28 bis 30a), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung), 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. 2) können nicht erweitert werden. Ausgenommen sind ärztliche Leistungen, die die Bundesausschüsse nach § 135 Abs. 1 Satz 4 benannt haben.

(4) Die kostendeckenden Beiträge für die Leistungen nach Absatz 1 und 2 sind von den Mitgliedern dieser Krankenkasse zu tragen; eine Pauschalierung ist zulässig. Diese Beiträge sind nicht Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Die Leistungen sind satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2)."

15. Dem § 60 werden folgende Absätze angefügt:

„(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung von den Absätzen 1 bis 4 abweichende Regelungen treffen; § 56 bleibt unberührt. Satz 1 gilt nicht für medizinisch notwendige Rettungsfahrten.

(6) Die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 5 mit Ausnahme medizinisch notwendiger Rettungsfahrten sind auch dann satzungsgemäße Mehrleistungen (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2), wenn die Satzung keine Regelungen trifft."

16. § 61 Abs. 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu dem Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 einen Betrag in gleicher Höhe zu übernehmen und"

17. § 62 Abs. 2a wird aufgehoben.

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

„§ 62a
Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6, § 41 Abs. 3 sowie § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1997, die in § 23 Abs. 6, § 31 Abs. 3 sowie § 40 Abs. 5 genannten Zuzahlungsbeträge mit Wirkung vom 1. Juli 1999 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 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 Beiträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die nach Absatz 1 angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis zum 15. Oktober des der Anpassung vorangehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Oktober 1998, im Bundesanzeiger bekannt."

19. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Überschrift:

„Zehnter Abschnitt.
Weiterentwicklung der Versorgung"

20. 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 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 Vereinbarung und 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 Beitragssatzstabilität 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 biomedizinischen Forschung sowie Forschungen zur Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln 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 acht Jahre zu befristen. Die Krankenkassen können die für die Durchführung eines Modellvorhabens erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Leistungserbringer sind befugt, die für die Durchführung eines Modellvorhabens erforderlichen Daten an die Krankenkassen zu übermitteln.

(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend.

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können, soweit die vertragsärztliche Versorgung berührt ist, nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Im übrigen können die Krankenkassen und ihre Verbände mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten. Dabei können Regelungen zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Vertragsärzten sowie zur Festlegung einer Höchstzahl der zu beteiligenden Ärzte getroffen werden. In den Vereinbarungen sind Regelungen zu treffen, daß ein Modellvorhaben zustande kommt, wenn mindestens 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, die Durchführung des Modellvorhabens befürworten. § 89 Abs. 1 gilt nicht.

(3) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets nach den §§ 84 und 85 oder außerhalb der Krankenhausbudgets 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; die Budgets der teilnehmenden Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen.

§ 65

Auswertung der Modellvorhaben

Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen."

21. Die §§ 67 und 68 werden aufgehoben.

22. Dem § 73 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Über die Erbringung der ärztlichen Leistungen nach § 135 Abs. 1 Satz 4, die von einer Krankenkasse nach § 56 Abs. 1 oder 2 als Satzungsleistung vorgesehen sind, schließen die Partner der Gesamtverträge Vereinbarungen."

23. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a wird aufgehoben.

b) Nach Absatz 2b wird folgender Absatz eingefügt:

„(2c) Die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 können vereinbaren, daß für die Gesamtvergütungen getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen zugrunde gelegt werden; sie können auch die Grundlagen für die Bemessung der Vergütungsanteile regeln. § 89 Abs. 1 gilt nicht."

c) In Absatz 4a wird Satz 2 aufgehoben.

d) Absätze 4b bis 4f werden aufgehoben.

24. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, daß sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, können Obergrenzen vorgesehen werden; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden."

b) In Absatz 2b werden die Sätze 3 bis 5 aufgehoben.

25. Nach § 87 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 87a
Zahlungsanspruch bei Zahnersatz

Abrechnungsgrundlage für die Versorgung mit Zahnersatz nach § 30 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei vertragszahnärztlichen Versorgungsformen für die Dauer von zwei Jahren nach Wirksamwerden aller Festzuschüsse auf das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Teils des Landes Berlin ist der Zahlungsanspruch nach Satz 2 für die dort genannte Dauer auf das 1,76fache des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes begrenzt. Die zeitliche Befristung des Zahlungsanspruchs nach Satz 2 gilt nicht in den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2."

26. § 88 wird wie folgt gefaßt:

„§ 88
Vergütungen außerhalb von Zahnersatz

Zahntechnische Leistungen, die bei Behandlungen von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädischer Behandlung von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung."

27. § 89 Abs. 7 und 8 wird aufgehoben.

28. In § 106 Abs. 3 Satz 5 werden die Angaben „den §§ 29, 30 und 64" durch die Angabe „§ 64" ersetzt.

29. Nach § 108 wird folgender § 108a eingefügt:

„§ 108a
Krankenhausgesellschaften

Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluß von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören."

30. In § 115a Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§ 18a" durch die Angabe „§ 18a Abs. 1" ersetzt.

31. In § 120 Abs. 4 wird die Angabe „§ 18a" durch die Angabe „§ 18a Abs. 1" ersetzt.

32. § 122 wird aufgehoben.

33. § 135 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,

2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und

3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Die Bundesausschüsse überprüfen die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, daß diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Bundesausschüsse können auch Leistungen benennen, die den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 nicht in vollem Umfang entsprechen."

b) Absatz 5 wird aufgehoben.

34. § 222 wird wie folgt gefaßt:

„§ 222
Ausschluß von Beitragserhöhungen für Satzungsleistungen

Beitragserhöhungen wegen Mehrausgaben für Leistungen, deren Art und Umfang in der Satzung der Krankenkasse festgesetzt werden kann, sind nicht zulässig; § 56 Abs. 4 bleibt unberührt."

35. § 266 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werden (Anschlußheilbehandlung)," durch die Wörter „eine stationäre Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1)" ersetzt.

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Der Bundesminister" durch die Wörter „Das Bundesministerium" ersetzt.

bb) In Nummer 4 werden das Komma gestrichen und folgende Wörter angefügt:

„einschließlich von Veränderungen des vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes zum Abbau von Überschüssen oder Fehlbeträgen,"

cc) In Nummer 5 werden die Wörter „Verzinsung bei Verzug" durch die Wörter „Erhebung von Säumniszuschlägen" ersetzt.

c) Nach Absatz 7 wird folgender neuer Absatz 8 eingefügt:

„(8) Für Ausgleichszahlungen, die bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht geleistet werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von 1 vom Hundert des rückständigen Betrags zu zahlen."

d) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.

36. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten auf Verlangen über die bei der jeweiligen Inanspruchnahme erbrachten Leistungen und deren Kosten."

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 48 Abs. 1 Satz 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach der Angabe „§ 42 Abs. 1" die Wörter „sowie nach § 56 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" eingefügt.

Artikel 3

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Dem § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die ärztliche Betreuung umfaßt auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies."

Artikel 4

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 wird Satz 3 aufgehoben.

b) In Absatz 9 Satz 3 wird das Wort „Verzugszinsen" durch das Wort „Säumniszuschläge" ersetzt.

2. In § 19 Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „Verzugszinsen" durch das Wort „Säumniszuschläge" ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 16 Abs. 5 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 28 bleibt unberührt."

2. § 10 wird aufgehoben.

3. In § 16 Satz 1 werden in Nummer 7 der Punkt nach dem Wort „Krankenhäuser" durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen."

4. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2a werden die Sätze 1 und 2 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrundezulegen sind. Die Entgelte werden bis zum 1. Januar 1998 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die

Beschlüsse der Mehrheit von mindestens sieben Stimmen bedürfen. Kommt eine Einigung der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6. Die Entgeltkataloge sind für die Träger von Krankenhäusern unmittelbar verbindlich, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; ist der Träger nicht Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft, sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrundezulegen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 2. Januar 1998 als vertraglich vereinbart. Erstmals vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte sind ab Beginn eines folgenden Kalenderjahres aus dem Budget des Krankenhauses auszugliedern. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft ist möglich, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können darüber hinaus zeitlich begrenzte Modellvorhaben zur Entwicklung neuer pauschalierter Entgelte vereinbaren."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Komma nach dem Wort „hinausgehen" durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nummer 3 wird gestrichen.

c) Nach Absatz 4a wird folgender neuer Absatz eingefügt:

„(4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt."

5. In § 18 Abs. 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Schiedsstelle" die Angabe „nach § 18a Abs. 1" eingefügt.

6. Dem § 18a wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Schiedsstelle; diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung zugewiesenen Aufgaben. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden. Absatz 3 gilt entsprechend. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 8 bis zum 30. Juni 1997 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit ihren Inhalt durch Rechtsverordnung. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung."

7. In § 18b Abs. 1 Satz 5 wird nach dem Wort „Schiedsstelle" die Angabe „nach § 18a Abs. 1" eingefügt.

8. In § 29 werden die Absätze 3 bis 5 gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996

Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 vom 29. April 1996 (BGBl. I S. 654) wird wie folgt geändert:

In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Mehrerlöse aufgrund von Transplantationen, die gegenüber dem Vorjahr zusätzlich erbracht wurden, werden zu 50 vom Hundert ausgeglichen."

Artikel 7

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 619), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefaßt:

   „(1) Maßstab für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch); § 213 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das Beschlußgremium um einen Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung erweitert wird und die Beschlüsse der Mehrheit von mindestens 7 Stimmen bedürfen. Die Veränderungsrate ist für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt zu vereinbaren; für das Beitrittsgebiet ist eine Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zusätzlich einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung für das folgende Kalenderjahr bis zum 30. September nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die voraussichtliche Veränderungsrate fest.

   (2) Bei der Vereinbarung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene nach § 16 Abs. 1 darf die Veränderungsrate nach Absatz 1 nicht überschritten werden."

   b) In Absatz 3 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

   „Bei der Vereinbarung des Budgets für das einzelne Krankenhaus darf die Veränderungsrate nach Absatz 1 nur überschritten werden, soweit

   1. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen,
   2. zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen auf Grund des Krankenhausplans oder des Investitionsprogramms des Landes oder
   3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

   dies erforderlich machen. Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend für Hochschulkliniken, wenn die nach Landesrecht zuständigen Stellen zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen beschlossen oder genehmigt haben, und für Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die zusätzlichen Kapazitäten für medizinische Leistungen den Festlegungen des Versorgungsvertrages entsprechend."

2. § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefaßt:

   „4. Kosten für die Instandhaltung der Anlagegüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung; die Instandhaltungskosten nach § 4 Abs. 2 der Abgrenzungsverordnung sind für die Jahre 1997 bis 1999 pauschal in Höhe von 1,1 vom Hundert des Budgets einzurechnen, wie es ohne Ausgleiche, Berichtigungen und Zuschläge und nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde; bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird in diesem Zeitraum ein Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert erhoben,"

3. § 11 Abs. 8 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

   „werden Mehrerlöse zu 75 vom Hundert und Mindererlöse zu 50 vom Hundert ausgeglichen."

   b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

   „Für Mehrerlöse bei Entgelten mit einem Sachmittelanteil von über 50 vom Hundert können die Vertragsparteien nach § 6 Abs. 1 Satz 1 einen oder mehrere niedrigere Vomhundertsätze vereinbaren, mindestens jedoch 50 vom Hundert; kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Vomhundertsatz fest".

4. § 12 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

   b) In Absatz 4 Satz 1 erster Halbsatz werden die Wörter „Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert" ersetzt durch die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrerlöse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert".

   c) In Absatz 5 Satz 7 werden die Wörter „mit 75 vom Hundert" ersetzt durch die Wörter „bei Mindererlösen mit 50 vom Hundert, Mehrerlösen bis zur Höhe von 5 vom Hundert mit 85 vom Hundert und Mehrerlösen über 5 vom Hundert mit 90 vom Hundert".

   d) Absatz 6 wird aufgehoben.

5. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:

   „(10) In den Jahren 1997 bis 1999 wird zur Finanzierung der pauschalierten Instandhaltungskosten nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 ein Zuschlag zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten in Höhe von 1,1 vom Hundert der Entgelthöhe berechnet."

6. In § 17 Abs. 4 Satz 8 wird die Angabe „31. Mai" ersetzt durch die Angabe „31. August".

7. § 22 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 3 erster Halbsatz wird durch folgenden Halbsatz ersetzt:

      „Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen;".

   b) Folgende Sätze werden angefügt:

      „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben."

8. § 28 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 5 werden nach der Angabe „(BGBl. I S. 2266)" die Wörter „und nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996" eingefügt.

   b) Absatz 8 wird gestrichen.

   c) In Absatz 10 Satz 4 werden die Wörter „Mehr- oder Mindererlöse zu 75 vom Hundert" ersetzt durch die Wörter „Mindererlöse zu 50 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrerlöse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert".

   d) Nach Absatz 12 wird folgender Absatz angefügt:

      „(13) Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 3 beträgt die Veränderungsrate für das Jahr 1997 für das Beitrittsgebiet 2,3 vom Hundert und für das übrige Bundesgebiet 1,3 vom Hundert. Abweichend von § 6 Abs. 3 sind für das Jahr 1997 für die Finanzierung der pauschalierten Instandhaltung 1,1 vom Hundert zusätzlich zu berücksichtigen."

9. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

   a) Abschnitt „K 5" wird wie folgt geändert:

      aa) Folgende neue lfd. Nummer 13 wird eingefügt:

         „13. Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

      bb) Die lfd. Nummer 16 „Wagniszuschlag nach § 12 Abs. 6 Satz 5" wird gestrichen.

      cc) Die bisherigen lfd. Nummern 13 bis 15 werden lfd. Nummern 14 bis 16.

   b) Abschnitt „K 6" wird wie folgt geändert:

      aa) Folgende neue lfd. Nummer 10 wird eingefügt:

         „10. Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

      bb) Die bisherigen lfd. Nummern 10 bis 22 werden lfd. Nummern 11 bis 23.

   c) Abschnitt „K 7" wird wie folgt geändert:

      aa) Folgende neue lfd. Nummer 22 wird eingefügt:

         „22. Instandhaltungspauschale nach § 7 Abs. 1 Nr. 4"

      bb) Die bisherigen lfd. Nummern 22 bis 26 werden lfd. Nummern 23 bis 27.

Artikel 8

Änderung der Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 2 Nr. 3 wird aufgehoben.

2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4
Instandhaltungskosten

(1) Instandhaltungskosten sind die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch das Anlagegut in seiner Substanz nicht wesentlich vermehrt, in seinem Wesen nicht erheblich verändert, seine Nutzungsdauer nicht wesentlich verlängert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus nicht deutlich verbessert wird.

(2) Die Instandhaltungskosten nach Absatz 1 werden unter den Voraussetzungen des § 17 Abs. 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pauschal finanziert, wenn

1. in baulichen Einheiten

   Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder

2. Außenanlagen

vollständig oder überwiegend ersetzt werden (Verzeichnis III der Anlage). Für die Beurteilung des überwiegenden Ersetzens sind Maßnahmen, die im Rahmen eines einheitlichen Vorhabens in einem Zeitraum bis zu drei Jahren durchgeführt werden, zusammenzurechnen."

Artikel 9

Aufhebung der Pflege-Personalregelung

Die Pflege-Personalregelung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2316), zuletzt geändert durch die Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620), wird aufgehoben.

Artikel 10

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 4, 7 und 8 beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf

Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 11

Übergangsvorschriften

§ 1

Den Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 1997 sind die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung dieses Gesetzes zugrundezulegen.

§ 2

In den Jahren 1997, 1998 und 1999 haben die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von jährlich 20 Deutsche Mark selbst zu tragen. Dies gilt nicht, wenn das Mitglied nach § 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Zuzahlungen befreit ist. Die Zahlungspflicht entfällt für Mitglieder, die ihren Wohnsitz in einem Land haben, in dem nach § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Pflegesatzfähigkeit von Instandhaltungskosten entfallen ist. Das Nähere regelt die Satzung.

Artikel 12

Inkrafttreten

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar 1996 tritt Artikel 6 in Kraft.

(2) Mit Wirkung vom 15. November 1996 (Tag der ersten Lesung) tritt Artikel 1 Nr. 35 Buchstabe b bis d in Kraft.

(3) Mit Wirkung vom 1. Januar 1997 treten Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe c und die Artikel 7 bis 9 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 6, 16, 25 bis 28, 33 Buchstabe b tritt in Kraft, sobald alle Festzuschüsse nach § 30a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Artikels 1 dieses Gesetzes im Bundesanzeiger veröffentlicht sind. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Tag des Inkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.

(5) Im übrigen tritt das Gesetz am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Bonn, den 12. November 1996

Dr. Wolfgang Schäuble, Michael Glos und Fraktion

Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf

1. Neuordnung 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 großer 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 Betriebe 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. Diese 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 durch wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsinanspruchnahme nicht zu gewährleisten wäre. Seit 1977 hat der Gesetzgeber in immer kürzer werdenden Abständen mit immer tiefer reglementierenden Maßnahmen in das Gesundheitswesen eingegriffen. 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.

Vor diesem Hintergrund haben die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. den „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", GKV-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-WG) und den „Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997)" in die parlamentarischen Beratungen eingebracht. Diese beiden Gesetzentwürfe sollten die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltungspartner der Beteiligten umfassend erweitern, die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und zugleich die Finanzverantwortung der Krankenkassen zur Sicherung stabiler Beitragssätze entscheidend verbessern. Nach Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag sind beide Gesetze jedoch an der Blockade der SPD-regierten Länder im Bundesrat gescheitert.

Zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus und zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden mit dem „Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung-Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)" und weiterer Gesetze im Rahmen des „Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung" Maßnahmen beschlossen, die die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 1997 in einer finanziellen Größenordnung von ca. 7,5 Mrd. DM entlasten. Um sicherzustellen, daß diese Entlastung sich auch in Form von Beitragssatzsenkungen bei Arbeitnehmern und Betrieben niederschlägt, sieht das vom Deutschen Bundestag am 14. September 1996 verabschiedete Beitragsentlastungsgesetz (Drucksache 13/4615) vor, daß die einzelnen Krankenkassen Beitragssatzerhöhungen im Jahr 1996 grundsätzlich nicht mehr vornehmen dürfen und zum 1. Januar 1997 die Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte abgesenkt werden. Das Beitragsentlastungsgesetz dient dem Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung kurzfristig finanzwirksam zu entlasten. Es enthält jedoch keine Steuerungsinstrumente, die geeignet sind, die Dynamik der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen. Nach Ablehnung des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes und des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 durch den Bundesrat müssen deshalb die darin vorgesehenen Steuerungselemente soweit notwendig modifiziert werden.

Vor diesem Hintergrund haben die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. am 24. September 1996 „Eckpunkte zur Fortführung der 3. Stufe der Gesundheitsreform" beschlossen, die durch Gesetze verabschiedet werden sollen, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedürfen.

Die Eckpunkte wollen insbesondere die Versichertenrechte erweitern, die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung im Vertrags- und Leistungsbe-

reich ausweiten und Beitragssatzerhöhungen durch die Krankenkassen erschweren. Die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz wird grundlegend neu geregelt. Der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeleitete Reformprozeß im stationären Bereich wird fortgesetzt. Um den Krankenkassen für die Beitragssatzgestaltung und die damit verbundenen Konsequenzen möglichst früh zuverlässige Rahmenbedingungen zu geben, haben die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bereits mit dem Entwurf eines „Ersten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV, 1. GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG)" – Drucksache 13/5724 – Regelungen vorgesehen, die

- Beitragserhöhungen von Krankenkassen zwingend mit der Erhöhung bestehender Zuzahlungen verbinden und
- den Versicherten kurzfristige Sonderkündigungsrechte bei Beitragssatzerhöhungen ihrer Krankenkassen ermöglichen.

Außerdem werden in diesem Gesetzentwurf die Härtefallregelungen für chronisch kranke Versicherte verbessert.

Gemeinsam mit diesen Regelungen bilden die im „Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung" enthaltenen Maßnahmen die Eckpunkte zur Weiterentwicklung und Neuordnung der Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dies wird in diesem weiteren Gesetzentwurf insbesondere durch folgendes Maßnahmenbündel erreicht:

- die Ausweitung der Versichertenrechte verbessert die Transparenz über die Kosten und Leistungen und verstärkt die Anreize für eine sparsame Leistungsinanspruchnahme,
- die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung soll die Spielräume der Krankenkassen bei den Leistungen sowie bei den Verträgen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden vergrößern,
- die Ausgaben für die stationäre Versorgung sollen mit der Übertragung von Beitragssatzverantwortung auf die gemeinsame Selbstverwaltung effektiv in das finanzielle Gesamtgefüge der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden werden,
- die bislang durch den Gesetzgeber wahrgenommenen Aufgaben sollen konsequent an die Selbstverwaltung zur eigenverantwortlicher Gestaltung übertragen werden.

2. Aktuelle Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung

Die aktuelle Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung verstärkt den Handlungsbedarf für den Gesetzgeber. Nach dem Defizit von 7,5 Mrd. DM im Jahr 1995 hatten die Krankenkassen im ersten Halbjahr 1996 bereits wieder einen Ausgabenüberhang von ca. 7,3 Mrd. DM aufzuweisen. Im Unterschied zur defizitären Entwicklung im Jahr 1995, die zu einem großen Teil auf Belastungen zurückzuführen ist, die vom Gesetzgeber verursacht wurden, ist die aktuelle Defizitentwicklung überwiegend auf expansive Ausgabenentwicklungen in Bereichen zurückzuführen, in denen die Krankenkassen ihrer Finanzverantwortung nicht gerecht geworden sind. Hierzu zählen insbesondere die noch ausstehende Umsetzung der Arznei- und Heilmittelbudgets sowie eine expansive Leistungsgewährung bei Fahrkosten, Kuren, häuslicher Krankenpflege und Gesundheitsförderung.

Die jüngste Finanzentwicklung, die von vielen Krankenkassen bereits angekündigten Beitragssatzanhebungen und auch die Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, daß nur eine Politik des knappen Geldes dazu führen wird, daß die vorhandenen Steuerungspotentiale aktiviert werden und die Beteiligten in der Selbstverwaltung sich dafür einsetzen, daß überflüssige Leistungen weder verordnet noch genehmigt werden. Deshalb müssen Beitragssatzanhebungen in Zukunft erheblich erschwert und zugleich den Krankenkassen im Leistungs- und Versorgungsbereich zusätzlicher Gestaltungsspielraum verschafft werden, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden bzw. den Finanzbedarf für Beitragssatzerhöhungen zu reduzieren.

Der hier vorgelegte Gesetzentwurf bildet gemeinsam mit dem von den Koalitionsfraktionen ebenfalls eingebrachten „1. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung das Konzept zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung als Fortführung der Gesundheitsreform.

II. Schwerpunkte der Reform

1. Sicherung der solidarischen Krankenversicherung

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen Neuregelungen stärken die Leistungsfähigkeit und Finanzgrundlagen der sozialen Krankenversicherung. 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 und Verbänden erfährt durch den Wettbewerb eine zusätzliche Legitimation.
- Medizinischer Fortschritt soll finanzierbar und für die gesamte Bevölkerung zugänglich bleiben. Das bedeutet bei begrenzten Finanzmitteln zugleich den Verzicht auf die Inanspruchnahme medizinisch nicht notwendiger und sozialpolitisch nicht erforderlicher Leistungen.

2. Vorfahrt für die Selbstverwaltung bei stabilen Beitragssätzen

Das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt auf den Vorrang der un-

mittelbar Betroffenen und Beteiligten gegenüber staatlicher Reglementierung. Das Prinzip der Subsidiarität gebietet es, der Selbstverwaltung immer dort Vorrang vor staatlichem Handel 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. Allerdings sind die Möglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen dieses Wettbewerbs bislang weitgehend auf die Höhe der Beitragssätze sowie den Verwaltungs- und Servicebereich beschränkt. Auch haben die Krankenkassen ihre Möglichkeiten zur wirtschaftlichen Gestaltung der Versorgung und zur Begrenzung dieser Versorgung auf das medizinisch Notwendige nicht ausreichend genutzt. Gerade hier ist es in der Vergangenheit zu Fehlentwicklungen gekommen, wie die Ausgabendynamik im Bereich der Gesundheitsförderung zeigt, bei der oftmals reine Marketingmaßnahmen unter dem Deckmantel der Prävention versteckt wurden. Diese Fehlentwicklungen beruhen zweifelsohne auch auf der Tatsache, daß bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie im Leistungs- und Vertragsbereich die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung beschränkt sind. 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 der Beteiligten ein zentrales Ziel dieses Gesetzentwurfs.

Um zu verhindern, daß die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zu einer Ausgabenexpansion und damit verbunden auch zu Beitragssatzsteigerungen führen, muß sie mit einer deutlichen Stärkung der Finanzverantwortung der Krankenkassen einhergehen. Dies ist keine Einengung der für die Selbstverwaltung bestehenden Gestaltungsfreiräume. Vielmehr wird damit der Zwang zum wirtschaftlichen Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel, die Schaffung zusätzlicher Sparsamkeitsanreize und die Konzentration der Leistungsgewährung auf das medizinisch Notwendige und sozialpolitisch Erforderliche zu einem zentralen Instrument der Beitragsverantwortung. Beitragssatzerhöhungen werden deshalb in Zukunft nicht ausgeschlossen. Sie werden jedoch durch die Regelungen dieses Gesetzentwurfs sowie des Entwurfs eines 1. GKV-Neuordnungsgesetzes erheblich erschwert und an strenge Voraussetzungen gebunden. Die automatische Koppelung der Entscheidung einer Krankenkasse für Beitragssatzanhebungen an eine Erhöhung bestehender Zuzahlungen, Sonderkündigungsrechte der Versicherten sowie ein Verbot, für Ausgabensteigerungen von Satzungsleistungen Beitragssatzerhöhungen vorzusehen, bilden insgesamt sehr hohe Hürden, die für die einzelne Krankenkasse Anlaß zur Aktivierung sämtlicher Steuerungspotentiale geben und auf Vereinbarungen und Verträge mit den Leistungserbringern unmittelbare Auswirkungen haben werden. Die Kombination von mehr Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung, gleichzeitigem Wettbewerb der Krankenkassen und Wahlfreiheit der Versicherten schafft Rahmenbedingungen für einen verantwortlicheren Umgang mit den Beitragsmitteln der Versicherten.

3. *Erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung*

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

Gestaltungsmöglichkeiten im Satzungsrecht

Der Katalog der von den Krankenkassen durch Satzung nach Art und Inhalt gestaltbaren Leistungen wird über die bereits im geltenden Leistungskatalog enthaltenen Satzungsleistungen hinaus erweitert. Zukünftig können die Krankenkassen nachfolgende Leistungen nach Art und Umfang gestalten:

- häusliche Krankenpflege,
- Fahrkosten mit Ausnahme von Rettungstransporten,
- Kuren und Rehabilitationen (ausgenommen Anschlußrehabilitation und Mütterkuren),
- Heilmittel,
- Auslandsleistungen (mit Ausnahme von Leistungen, die im Rahmen des Rechts der Europäischen Gemeinschaft oder im Rahmen von Sozialversicherungsabkommen erbracht werden).

Diese Gestaltungsleistungen werden wie bisher solidarisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Sie werden im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Beitragssatzanhebungen, die aufgrund von höheren Aufwendungen für diese Gestaltungsleistungen erforderlich werden, sind ausgeschlossen.

Darüber hinaus kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmte im Leistungskatalog nicht vorgesehene oder ausgeschlossene Leistungen einführen, die ausschließlich durch Beiträge der Versichertenseite zu tragen sind und die ebenfalls nicht im Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden. Hierzu zählen z. B. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, die durch das Beitragsentlastungsgesetz als paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierte Leistungen der Krankenkassen ausgeschlossen wurden.

Außerdem sollen bestimmte Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zu Kompressionstherapie) zukünftig nur noch aus Versichertenbeiträgen finanzierbar sein. Zusätzlich kann die Krankenkasse in diesem Gesetz vorgesehene Leistungen erweitern und allein aus Beiträgen der Versicherten finanzieren.

Die Krankenkasse muß solche Satzungsleisten allen Versicherten anbieten. Eine individuelle Zu- oder Abwahl im Rahmen des Leistungskatalogs, die ähn-

lich 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.

Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten werden den Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzung durch folgende Regelungen ermöglicht:

- Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung mit entsprechender Beitragsermäßigung;
- Beitragsrückerstattung,
- Erhöhung bestehender Zuzahlungen (die Einführung neuer Zuzahlungen ist – außer bei Satzungsleistungen – nicht zulässig).

Erweiterungen der Vertragsgestaltung

Das Gesetz ermöglicht der Selbstverwaltung darüber hinaus gegenüber dem geltenden Recht erweiterte Vertragsgestaltungen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie neue Leistungen der Krankenbehandlung und Pflege, der Rehabilitation und Prävention in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben.

Dadurch wird die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung entscheidend verbessert. Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten, ihre Ergebnisse sind auszuwerten.

Ziel und Ausgestaltung der Modellvorhaben haben die Krankenkassen in ihrer Satzung zu regeln. Die Teilnahme von Versicherten und Leistungserbringern an diesen Modellvorhaben ist freiwillig. Eine Erprobung medizinischer Verfahren, die von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen abgelehnt worden sind, ist nicht zulässig. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Bewertung von Modellvorhaben sind den Bundesausschüssen zur Verfügung zu stellen. Die Bundesausschüsse entscheiden über die Übernahme der erprobten medizinischen Verfahren in die Regelversorgung. Im Gesetz ist sichergestellt, daß bei der Durchführung dieser Modellvorhaben nur von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den dort getroffenen Regelungen abgewichen werden kann. Die Realisierung von Modellvorhaben für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sollen nach Grundsätzen erfolgen, die die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren. Fragen der biomedizinischen Forschung sowie die Entwicklung und Prüfung von Pharmaka können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.

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, sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechende Rahmenvereinbarungen treffen.

Über die Modellvorhaben hinaus erhält die gemeinsame Selbstverwaltung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit, getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen vorzusehen. Außerdem erhält der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen zukünftig die Möglichkeit, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die den Kriterien der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht in vollem Umfang entsprechen oder für die keine hinreichenden wissenschaftlichen Erkenntnisse vorliegen, zu benennen. Diese Leistungen können die Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzung als erweiterte Leistungen vorsehen, die nur vom Versicherten finanziert werden.

Veränderung der Zuzahlungsregelungen
bei verbessertem Schutz chronisch Kranker

Im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes wurde mit Wirkung zum 1. Januar 1997 eine für die Versicherten aller Krankenkassen obligatorische Anhebung der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel um jeweils 1 DM sowie eine Erhöhung der Zuzahlungen für stationäre Kuren (mit Ausnahme von Anschlußrehabilitation und Mütterkuren) vorgenommen. Darüber hinaus ist im Rahmen dieses Gesetzentwurfs vorgesehen, daß die bislang in festen DM-Beträgen ausgedrückten Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Fahrkosten und Arzneimitteln in regelmäßigen Abständen an die Entwicklung der Löhne und Gehälter der Versicherten angepaßt werden. Das Gesetz sieht daher vor, erstmals ab 1. Juli 1997 für Fahrkosten und Krankenhausbehandlung sowie erstmals ab 1. Juli 1999 für Arznei- und Verbandmittel sowie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eine Zuzahlungsanhebung in Anlehnung an die Veränderung der Bezugsgröße in den beiden vorangegangenen Jahren vorzunehmen.

Die vorgesehenen Regelungen zur Erweiterung und Anpassung bestehender Zuzahlungsbeträge müssen vor dem Hintergrund der Verbesserung der Härtefallregelungen gesehen werden, wie sie im Rahmen des Entwurfs eines 1. GKV-Neuordnungsgesetzes – Drucksache 13/5724 – vorgesehen sind. Dort werden die bisher geltenden Belastungsgrenzen von 4 v. H. der Einnahmen zum Lebensunterhalt über der Beitragsbemessungsgrenze auf 2 v. H. abgesenkt. Gleichzeitig müssen chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit länger als ein Jahr in Dauerbehandlung sind, zukünftig nach dem einen Jahr lediglich höchstens 1 v. H. (statt bisher 2 v. H.) ihrer Einnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen aufwenden.

Bei einer Gesamtbetrachtung sämtlicher im Rahmen der Fortführung der 3. Stufe der Gesundheitsreform sowie im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes vorgesehenen Zuzahlungsregelungen werden somit

durch eine sozialverträglichere Ausgestaltung der Härtefallregelungen unzumutbare finanzielle Belastungen der Versicherten vermieden.

4. Fortsetzung der Reform in der stationären Versorgung

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz und der Bundespflegesatzverordnung 1995 eingeleitete Reform der stationären Versorgung mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungssystem hin zu einem leistungsorientierten Vergütungssystem wird fortgesetzt. Dazu werden die eigenverantwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner von Krankenkassen und Krankenhäusern ausgeweitet und staatliche Regelungen abgeschafft bzw. zugunsten von Selbstverwaltungsvereinbarungen zurückgenommen. Die Verantwortung der Vertragspartner für die Beitragssatzstabilität wird konkretisiert und wirksam ausgestaltet. Flankierend werden Einzelregelungen der Bundespflegesatzverordnung zur Feinsteuerung angepaßt.

Die Pflege-Personalregelung (PPR) wird aufgehoben. Mit der Aufhebung der PPR wird die Entwicklung von Maßstäben und Grundsätzen für die Personalbemessung wieder den Vertragspartnern übertragen. Damit ist die weitere Anwendung der PPR durch die Selbstverwaltung grundsätzlich möglich. Auch die Weiterentwicklung der Fallpauschal- und Sonderentgeltkataloge wird den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Ziel übertragen, das Entgeltsystem zügig fortzuentwickeln und auszubauen. Die bisherige Festlegung der Entgelte auf dem Verordnungswege entfällt damit. Ebenfalls aufgehoben werden die gesetzlichen Regelungen über die Großgeräteplanung.

Die Finanzierung des Betriebs der Krankenhäuser wird wirksamer in das finanzielle Gesamtgefüge der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden. Für den Krankenhausbereich gilt wie für alle anderen Leistungsbereiche der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Ausgabenzuwächse, die die Einnahmemöglichkeiten der Krankenkassen überschreiten, müssen medizinisch begründet sein. Dazu sollen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft jeweils im Herbst eine Obergrenze für den Zuwachs der Krankenhausbudgets vereinbaren. Die Krankenhausbudgets und die Preise der Fallpauschalen und Sonderentgelte sollen sich demzufolge in Zukunft wie die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen entwickeln. Lediglich für das Jahr 1997 wird in Anlehnung an die bereits vereinbarte tarifliche Steigerung im Bundesangestelltentarifvertrag eine Veränderungsrate von 1,3 % gesetzlich vorgegeben. In den neuen Ländern werden tarifvertragliche Anpassungen zusätzlich berücksichtigt. Diese Obergrenze gilt immer bei „normalem" Leistungsverlauf. Über die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehende Vereinbarungen mit den Krankenkassen sind grundsätzlich möglich, wenn sie medizinisch begründet sind. Damit ist sichergestellt, daß der medizinische Fortschritt nicht abgeschnitten wird. Die Vertragsparteien erhalten mit diesen Regelungen ein hohes Maß an Verantwortung für die Ausgaben- und Leistungsentwicklung in der stationären Versorgung.

Die seit 1993 ungeklärte Finanzierung der großen Instandhaltungsmaßnahmen der Krankenhäuser wird befristet für den Zeitraum 1997 bis 1999 durch einen pauschalen Zuschlag auf die Pflegesätze geregelt. Die dadurch bedingten Mehraufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch einen Beitrag in Höhe von jährlich DM 20,– von den Krankenkassenmitgliedern finanziert.

5. Neuorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung

Nachdem das am 1. Januar 1997 in Kraft tretende Beitragsentlastungsgesetz bereits eine grundlegend neue Weichenstellung in der zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen und Zahnersatz für nach 1978 Geborene grundsätzlich aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen hat, wird die ordnungspolitische Neuausrichtung in der zahnmedizinischen Versorgung mit dem vorliegenden Gesetz weiter verstärkt. Die gegenwärtig noch vorhandenen leistungsrechtlichen Lücken in der präventiven Betreuung bei Schwangeren, Kleinstkindern von der Geburt bis zum Kindergartenalter sowie bei Erwachsenen werden geschlossen. Damit werden in der gesetzlichen Krankenversicherung die Voraussetzungen dafür geschaffen, die häufigsten Erkrankungen auf zahnmedizinischem Gebiet – Karies und Parodontalerkrankungen – bei entsprechender Eigenvorsorge und regelmäßiger Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen weitgehend zu vermeiden bzw. das Fortschreiten entstandener Schäden dauerhaft zu verhindern.

Im Bereich der prothetischen Versorgung (Zahnersatz einschließlich Zahnkronen) wird der bisher geltende prozentuale Zuschuß der Krankenkassen durch Festzuschüsse ersetzt. Diese Festzuschüsse werden auf der Basis des heutigen zahnmedizinischen Niveaus für Kronen, Totalprothesen bzw. bei anderen Versorgungsformen je fehlenden Zahn festgelegt. Die Festzuschüsse sind so zu bilden, daß sie auch Brücken- und Kombinationsversorgungen im bisher von der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungsumfang umfassen.

Die Regelungen im Bereich der prothetischen Versorgung sollen bewirken, daß

- unnötige Bürokratie abgebaut wird,
- die Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen und Vertragszahnärzte erweitert werden und damit qualitätsorientierter Wettbewerb gefördert wird,
- die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht wird und
- zusätzliche Anreize für Zahnärzte und Versicherte geschaffen werden, um der Prävention und Zahnerhaltung Vorrang in der zahnmedizinischen Versorgung einzuräumen.

Die Krankenkasse zahlt die Festzuschüsse direkt an den Versicherten. Die Abrechnung der prothetischen Leistungen erfolgt unmittelbar zwischen Vertragszahnarzt und Versichertem auf der Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Dabei wird für eine Übergangszeit von zwei Jahren nach Veröffentlichung aller Festzuschüsse der Steigerungsfaktor der GOZ für gesetzlich Versicherte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz auf den maximal 1,7fachen und im Beitrittsgebiet auf den 1,76fachen Faktor begrenzt. Diese Begrenzung ist nötig, um allen Beteiligten ausreichend Zeit zur Umstellung auf das neue Festzuschußkonzept im Bereich der prothetischen Versorgung zu geben. Um zu erreichen, daß Versicherte, für die die Härtefallregelung gilt, auch in Zukunft zuzahlungsfrei mit Zahnersatz und Zahnkronen versorgt werden können, gilt die zeitliche Begrenzung für diesen Personenkreis nicht.

III. Bundeseinheitliche Regelung

Die Voraussetzungen des Artikel 72 GG sind hier erfüllt. Zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse ist eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich. Die gesetzliche Krankenversicherung muß einheitlich für das gesamte Bundesgebiet geregelt werden.

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 die Versorgungsform 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.

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.

In der Satzung kann auch geregelt werden, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für eine bestimmte Zeit gebunden werden.

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

Zu Nummer 2 (§ 18)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist möglich. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Überstaatliches Recht oder Sozialversicherungsabkommen können allerdings nicht verändert werden. Die Gestaltungsmöglichkeit der Krankenkasse erfaßt allerdings nicht Leistungen, die aufgrund von überstaatlichem Recht oder Sozialversicherungsabkommen erbracht werden. Sie sind insoweit der einseitigen Regelungsbefugnis des Deutschen Gesetzgebers entzogen und können deshalb nicht verändert werden. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben die Leistungen nach § 18 auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Zu Nummer 3 (§ 22)

Zu Buchstabe a (§ 22 Abs. 1)

Die Vorschrift begrenzt den Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf individualprophylaktische Maßnahmen auf die Zeit zwischen dem sechsten und dem noch nicht vollendeten achtzehnten Lebensjahr. Diese Veränderung der Altersgrenze ist erforderlich,

da vom vollendeten 18. Lebensjahr an individualprophylaktische Maßnahmen für Erwachsene (vgl. Absatz 4) eingeführt werden.

Zu Buchstabe b (§ 22 Abs. 2)

Redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 5.

Zu Buchstabe c (§ 22 Abs. 3)

Der Anspruch auf Fissurenversiegelung der bleibenden Molaren wird auf Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres begrenzt. Diese Begrenzung ist sachlich gerechtfertigt, da die 12-Jahr-Molaren in der Regel im zwölften oder dreizehnten Lebensjahr durchbrechen und dann auch versiegelt werden sollten.

Zu Buchstabe d (§ 22 Abs. 4 und 5)

Absatz 4 regelt den Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Einführung dieser neuen prophylaktischen Leistungen ist nötig, um Erwachsenen ebenfalls die Möglichkeit zu bieten, Zahnschäden durch regelmäßige eigene Vorsorge und präventive zahnmedizinische Betreuung vorzubeugen. Die Leistungen beschränken sich dabei auf die besonders effektive Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung und auf Maßnahmen zur gegebenenfalls nötigen Keimzahlsenkung bei Patienten mit besonders hohem Kariesrisiko. Hierzu gehören z. B. chlorhexidinhaltige Lacke, Gele oder Spüllösungen sowie ähnliche antibakteriell wirkende Substanzen zur Reduzierung schädlicher Keime in der Mundflora. Auch der Einsatz antimikrobieller Lacke, Gele oder Spülungen zur Vermeidung von Wurzelkaries, die vorwiegend im fortgeschrittenen Alter eintreten kann, fällt hierunter, wobei wie bei Jugendlichen diese Mittel nur nach Beseitigung von Zahnbelägen eingesetzt werden sollten.

Die Methoden, um die Notwendigkeit einer Keimzahlsenkung festzustellen, reichen von sorgfältiger Anamnese über klinische Untersuchungen bis hin zu einfachen mikrobiologischen Speicheltests.

Jedem Versicherten wird mit den neuen individualprophylaktischen Leistungen die Möglichkeit gegeben, in Eigenverantwortung Vorsorge zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu betreiben.

In Absatz 5 wird klargestellt, daß der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen das Nähere zu sämtlichen individualprophylaktischen Leistungen (für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) zu regeln hat.

Zu Nummer 4 (§ 23)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist möglich. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Der Gestaltungsmöglichkeit weiterhin entzogen bleibt die Regelung des Anspruchs auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Vorsorge. Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln kann dagegen von der Krankenkasse im Satzungsweg ausgestaltet werden (vgl. Nummer 9).

Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben die Leistungen nach § 23 auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Zu Nummer 5 (§ 26 Abs. 1)

Die Vorschrift ergänzt die bewährten Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die bisher Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Alter von zwei bzw. vier Jahren umfassen. Diese Maßnahmen werden um Ernährungs- und Mundhygieneberatungen sowie um Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung im Falle erhöhten Kariesrisikos erweitert. Mit der Erweiterung des Maßnahmenbündels sollen die Wirksamkeit der Früherkennungsuntersuchungen gesteigert und die Übertragungswege der kariesauslösenden Bakterien (Mutans Streptokokken) von den Eltern auf das Kleinkind unterbunden werden. Bei bereits erfolgter Übertragung der Bakterien soll deren Anzahl mit gezielten Maßnahmen reduziert werden, um damit das Erkrankungsrisiko für Kleinkinder deutlich zu verringern. Ausländische Erfahrungen zeigen, daß mit diesen Maßnahmen der Anteil kariesfrei aufwachsender Kinder wesentlich erhöht werden kann.

Die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen im Alter von rund vier Jahren bisher bereits erfolgende Untersuchung auf Kiefer- und/oder Zahnstellungsanomalien wird zu einer erweiterten Inspektion der Mundhöhle ausgebaut. Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, wonach die Entwicklung derartiger Anomalien bereits frühzeitig erkannt, durch präventives Handeln in vielen Fällen verhindert und gegebenenfalls frühzeitig therapiert werden kann. In Fällen sich abzeichnender Anomalien soll der Kinderarzt diese Kinder entweder zur weiteren gruppenprophylaktischen Beobachtung oder zur nötigen therapeutischen Frühbehandlung an den Zahnarzt überweisen. Die Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen auch in dieser Hinsicht ist unerläßlich, da zu diesem Zeitpunkt die Entwicklung des Gebisses relativ gut vorhergesagt werden kann und damit die Möglichkeit besteht, eventuellen Schäden rechtzeitig mit einfachen Mitteln vorzubeugen.

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern werden bisher überwiegend von Kinderärzten durchgeführt. Zukünftig können die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auch von Zahnärzten durchgeführt werden.

Die Verbesserung und Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der zahnmedizinischen Vorsorge zielt auf die Altersspanne von der Geburt bis zum Kindergartenalter ab. Denn vom Eintritt der Kinder in den Kindergarten an werden die

Kinder vor allem gruppenprophylaktisch betreut. Die Vorschrift will deshalb nicht die bisher bewährten gruppenprophylaktischen Maßnahmen im Kindergarten durch prophylaktische Maßnahmen in der Arzt- oder Zahnarztpraxis ersetzen. Dies ist vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Festlegung von Art und Umfang der Maßnahmen entsprechend zu berücksichtigen. Aus fachlichen Gründen ist es geboten, dabei den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in geeigneter Form zu beteiligen.

Im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Ausgrenzung des Zahnersatzes für nach dem 31. Dezember 1978 Geborene kommt der Verbesserung und Erweiterung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder große gesundheitliche Bedeutung zu.

Zu Nummer 6 (§ 30)

Zu Buchstabe a (§ 30 Überschrift)

Die Überschrift wird der Festzuschußregelung angepaßt.

Zu Buchstabe b (§ 30 Abs. 1)

Die Vorschrift ersetzt die bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz durch Festzuschüsse. Dies ist notwendig, weil die im geltenden Recht vorgeschriebene prozentuale Bezuschussung einen Anreiz dafür bildet besonders aufwendige Versorgungsformen zu wählen. Die bisherigen Leistungsbegrenzungen werden weitgehend übernommen. Abweichend davon haben nach Satz 3 Versicherte, die mit einer großen Brücke zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen versorgt werden, Anspruch auf einen Festzuschuß für vier Brückenglieder. Die Kosten für das fünfte und jedes weitere Brückenglied sind vom Versicherten selbst zu tragen. Diese Änderung gegenüber dem geltenden Recht erfolgt, um die unbefriedigende Rechtslage zu ändern, wonach Versicherte bei Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen bisher überhaupt keinen Zuschuß erhielten.

Da die modernen Kunststoffe mittlerweile auch langfristig haltbar und wesentlich preiswerter als Keramik-Verblendungen sind, wird der Anspruch der Versicherten auf Verblendungen beim Zahnersatz auf das Material Kunststoff begrenzt. Wählt ein Versicherter zukünftig Keramik-Verblendungen, hat er dafür gegebenenfalls entstehende Mehrkosten zu tragen.

Versicherte, die mit einer herausnehmbaren Prothese versorgt werden, haben auch Anspruch auf einen Festzuschuß für Kronen, sofern die klammertragenden Zähne überkronungsbedürftig sind.

Satz 4 entspricht dem geltenden Recht.

Zu Buchstabe d (§ 30 Abs. 3 und 4)

Absatz 3 (neu) übernimmt grundsätzlich das geltende Recht (bisher Absatz 2), ersetzt jedoch den prozentualen Zuschuß der Krankenkasse durch einen Festzuschuß. Durch die Tatsache, daß die Festzuschüsse – unabhängig davon, ob einzelne Krankenkassen aufgrund des 1. NOG Zuzahlungserhöhungen bei Beitragssatzerhöhungen vorgenommen haben – auf der Basis des prozentualen Zuschußniveaus von 50 v. H. festgelegt werden, verändert sich rechnerisch der Bonus für Versicherte, die regelmäßige Mundhygiene betreiben, nicht wie bisher um 10 Prozentpunkte, sondern um 20 vom Hundert.

Als redaktionelle Folgeänderung von § 22 regelt die Vorschrift in Satz 2 Nr. 2, daß Versicherte nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr eine zahnärztliche Kontrolle in Anspruch nehmen müssen, um ihren Bonusanspruch aufrecht zu erhalten.

Satz 3 übernimmt das bisher geltende Recht und wandelt den dort vorgesehenen erhöhten Bonus von fünf Prozentpunkten in eine gleichwertige Erhöhung der Festzuschüsse um 10 vom Hundert um, wenn der Versicherte seit zehn Jahren regelmäßige Mundhygiene betrieben hat. Die Bonusregelung gilt nicht für Härtefälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2, weil der doppelte Festzuschuß die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz in vollem Umfang abdeckt.

Nach Absatz 4 erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht, indem sie den Festzuschuß an den Versicherten auszahlt. Zur Prüfung ihrer Zahlungspflicht benötigt sie die vom Vertragszahnarzt dem Versicherten ausgestellte Rechnung. Eine Abrechnung der Festzuschüsse über die Kassenzahnärztliche Vereinigung findet nicht mehr statt. Zukünftig hat der Vertragszahnarzt einen direkten Zahlungsanspruch über den gesamten Rechnungsbetrag gegenüber dem Versicherten. Der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen; dies gilt auch für Härtefälle.

Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, einen Heil- und Kostenplan über die vollständige Behandlungsplanung zu erstellen, der sowohl die zahnärztlichen als auch die zahntechnischen Leistungen umfaßt und für den Versicherten kostenfrei ist. Die tatsächliche Behandlung muß mit der aus dem Heil- und Kostenplan hervorgehenden Behandlungsplanung grundsätzlich übereinstimmen. Der Heil- und Kostenplan dient gleichzeitig als Kostenvoranschlag. Versicherte können weitere Angebote von anderen Zahnärzten einholen; auch diese Heil- und Kostenpläne sind für den Versicherten kostenfrei zu erstellen. Wie bisher ist in den Bundesmantelverträgen nach § 87 das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans zu regeln.

Zu Buchstabe e

Folgeänderungen zur Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz und zur Neufassung von § 88.

Zu Nummer 7 (§ 30a)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, für welche vertragszahnärztlichen Versorgungen Festzuschüsse festzulegen sind. Neben Festzuschüssen für Kronen, Totalprothesen, herausnehmbaren Zahnersatz, Brücken und Kombinationsversorgungen können auch Festzuschüsse für

weitere Versorgungsformen, z. B. für Interimszahnersatz oder für Wiederherstellungen, festgesetzt werden. Bei der Festsetzung der Festzuschüsse für herausnehmbaren Zahnersatz fallen zusätzliche Festzuschüsse für Kronen nur an, wenn die klammertragenden Zähne überkronungsbedürftig sind. In den Festzuschuß für Brücken sind die Ankerkronen jeweils einzurechnen. Die Festzuschüsse stellen auf standardisierte und typisierte Versorgungsfälle ab und nicht auf den konkreten Leistungsumfang im Einzelfall. Dadurch sollen unnötig aufwendige Versorgungen vermieden werden. Der Festzuschuß ist ein einheitlicher Geldbetrag, der in einer Summe den zahnärztlichen und den zahntechnischen Leistungsbereich zu umfassen hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 schreibt vor, daß die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu Versorgungsformen, für die Festzuschüsse zu bilden sind, durch den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen erfolgt. Dabei sind die im fortgeltenden Recht und in den Richtlinien vorgesehenen Leistungsbegrenzungen einschließlich der Verblendgrenzen zu beachten. Die vom Bundesausschuß festgelegte Zuordnung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen ist nach Satz 2 dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das die Zuordnung beanstanden kann.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen die Höhe der Festzuschüsse getrennt nach Beitrittsgebiet und dem übrigen Bundesgebiet auf der Grundlage der Zuordnung in Absatz 2 Satz 1 festzusetzen haben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Festzuschüsse so festzusetzen sind, daß sie dem bisher bestehenden prozentualen Zuschußniveau von 50 Prozent, das die gesetzliche Krankenversicherung ohne Berücksichtigung eines Bonusanspruchs zu zahlen hat, entsprechen. Die Festsetzung der Festzuschüsse erfolgt auch dann auf der Basis von 50 Prozent, wenn einzelne Krankenkassen für ihre Versicherten Erhöhungen der Zuzahlung beim Zahnersatz als Folge von Beitragssatzerhöhungen aufgrund des 1. NOG vorgenommen haben.

Um sicherzustellen, daß die Festsetzung der Festzuschüsse nicht zu höheren Ausgaben als bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung führt, regelt die Vorschrift, daß die zahnärztlichen Leistungen nach der Leistungsbeschreibung der Gebührenordnung für Zahnärzte in Höhe des 1,7fachen und im Beitrittsgebiet ohne Berlin-Ost in Höhe des 1,76fachen Gebührensatzes zugrunde zu legen sind. Diese Steigerungsfaktoren entsprechen der derzeitigen durchschnittlichen Bewertung des Bewertungsmaßstabes für prothetische vertragszahnärztliche Leistungen. Dabei bezieht sich das 1,76fache des Gebührensatzes im Beitrittsgebiet ohne Berlin-Ost auf das dort geltende niedrigere Vergütungsniveau der Gebührenordnung für Zahnärzte. Da im Beitrittsgebiet ohne Berlin-Ost das Vergütungsniveau der vertragszahnärztlichen Gebührenordnung (BEMA) 86 vom Hundert des Wertes der alten Bundesländer beträgt, das Vergütungsniveau der Gebührenordnung für Zahnärzte jedoch bei 83 vom Hundert des entsprechenden West-Wertes liegt, ist es erforderlich, diese Differenz durch einen höheren Steigerungsfaktor auszugleichen, um eine kostenneutrale Umrechnung auch im Beitrittsgebiet sicherzustellen.

Die Leistungsbeschreibung der zahntechnischen Leistungen ist dem am 31. Dezember 1996 gültigen Bundesleistungsverzeichnis zu entnehmen und mit einem gewichteten durchschnittlichen Preis, der aus den zu diesem Zeitpunkt auf Landesebene geltenden Preisen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu ermitteln ist, zu bewerten. Dabei ist eine den Marktanteilen entsprechende Gewichtung für Praxis- und gewerbliche Labore vorzunehmen. Für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet sind getrennte Durchschnittspreise zu ermitteln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bei der Ermittlung der zahntechnischen Durchschnittspreise die am 1. Januar 1993 abgesenkten Preise zu berücksichtigen. Bei den zahnärztlichen Leistungen des Festzuschusses erfolgt dies durch die Vorgabe des 1,7 bzw. 1,76fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Für die Bildung der Festzuschüsse steht ein Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz und zahntechnische Leistungen zur Verfügung, das den Ausgaben des Jahres 1996 entspricht, jedoch korrigiert um die sich aus § 30 Abs. 1 Satz 5 ergebenden Minderausgaben durch die Begrenzung des Leistungsanspruchs auf Kunststoff-Verblendungen. Aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die Festzuschüsse im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können die Festzuschüsse fortentwickeln; eine regelmäßige Fortschreibung der Festzuschüsse ist nicht vorgesehen.

Zu Nummer 8 (§ 31 Abs. 1)

Klarstellung, daß die Versorgung mit Arzneimitteln nicht solche Arzneimittel umfaßt, die aus Drogerien, Reformhäusern und Supermärkten bezogen werden können.

Zu Nummer 9 (§ 32)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist möglich. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben die Leistungen nach § 32 auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft, es sei denn, daß sie im Rahmen einer ambulanten Anschlußrehabilitation abgegeben werden.

Wenn die Satzung der Krankenkasse Art und Umfang der Leistungen einschränkt, verändert sie insoweit auch ihre gesetzliche Leistungspflicht. Dies ist

bei der Anpassung des Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets nach § 84 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V zu berücksichtigen.

Ambulante Anschlußrehabilitation ist eine Maßnahme, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist, die aber nicht stationär erbracht werden muß. Diese Maßnahme bleibt eine gesetzliche Leistung, weil sie wie die stationäre Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6) behandelt werden muß.

Zu Nummer 10 (§ 34)

Eine paritätische Finanzierung dieser Hilfsmittel ist nicht mehr erforderlich, da es sich um Leistungen handelt, die in der Regel dem Bereich der Eigenverantwortung zugerechnet werden können (vgl. aber § 56).

Zu Nummer 11 (§ 37)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist grundsätzlich möglich, sie dürfte aber wegen der entsprechend steigenden Kosten im Krankenhausbereich unwirtschaftlich sein und deshalb kaum durchgeführt werden. Die Krankenkassen erhalten aber die Möglichkeit, in ihren Satzungen z. B. Kontrollmechanismen festzulegen, um ihre Leistungen zielgenauer einzusetzen.

Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben sie auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Zu Nummer 12 (§ 40)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist möglich. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben sie auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Wegen der medizinischen Bedeutung der Anschlußrehabilitation wird die Satzungskompetenz der Krankenkassen insoweit begrenzt. Die Komplexleistung „ambulante Rehabilitationsmaßnahme" nach Absatz 1 bleibt demnach insoweit eine gesetzliche Leistung, als es sich um eine ambulante Anschlußrehabilitation handelt. Auch die stationäre Anschlußrehabilitation nach § 40 Abs. 6 kann nicht in eine Satzungsleistung umgewandelt werden. Ambulante und stationäre Anschlußrehabilitation werden weiterhin im Risikostrukturausgleich berücksichtigt.

Zu Nummer 13 (§ 43)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben sie auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Wegen der medizinischen Bedeutung der ambulanten und stationären Anschlußrehabilitation wird die Satzungskompetenz der Krankenkassen und der Ausschluß aus dem Risikostrukturausgleich insoweit begrenzt. Vergleiche im übrigen die Begründung zu § 40.

Zu Nummer 14 (§§ 53 bis 56)

Zu § 53

Die Einführung eines Selbstbehalts räumt den Versicherten mehr Möglichkeiten ein, eigenverantwortlich an der Höhe ihrer Beiträge mitzuwirken. Die Regelung orientiert sich an vergleichbaren Vorschriften der schweizerischen Krankenversicherung. Da der Selbstbehalt allein vom Versicherten zu leisten ist, soll seine Einführung keine Beitragsvorteile für Arbeitgeber mit sich bringen. Die Satzung kann nur einen für alle Versicherten gleich hohen Selbstbehalt und eine ihm entsprechende Beitragsermäßigung für die betreffenden Versicherten vorsehen. Ein individuelles Angebot eines Selbstbehaltes mit Beitragsermäßigung für einzelne Versicherte ist nicht zulässig.

Zu § 54

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 jede Krankenkasse allen Versicherten Beitragsrückzahlung anbieten kann. Die Mitglieder der Krankenkasse sind frei in ihrer Entscheidung, ob sie Beitragsrückzahlung in Anspruch nehmen wollen. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Die Inanspruchnahme von Leistungen 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 Vorsorgekuren 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 § 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. Da nur die Erhöhung bestehender Zuzahlungen möglich ist, kann die Systematik nicht grundsätzlich verändert werden. Zuzahlungen, die nach DM-Beträgen bemessen werden, können also nicht auf prozentuale Bemessung umgestellt werden; dies gilt auch umgekehrt.

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. Sie kann auch die Zuzahlungen bezogen auf bestimmte Indikationsgebiete oder Stoffgruppen staffeln. Eine auf bestimmte Gruppen von Versicherten bezogene abweichende Zuzahlung ist nicht zulässig.

Bei der Ausgestaltung von Satzungsleistungen kann die Krankenkasse jedoch neue Zuzahlungen einführen.

Zu § 56

Die Krankenkasse kann künftig ihr Leistungsangebot für im Rahmen des geltenden Rechts vorgesehene Leistungen erweitern. Absatz 1 läßt nur die Erweiterung von im geltenden Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Leistungen zu. So kann z. B. der Zuschuß zu ambulanten Kuren erhöht oder eine Satzungsleistung ausgedehnt werden. Die Befugnis zur Erweiterung gilt auch für Fahrkosten. 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 klar, daß kein Ausweichen aus der vertrags- oder vertragszahnärztlichen Versorgung möglich ist.

In Absatz 2 wird den Krankenkassen darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, beispielsweise die durch das Beitragsentlastungsgesetz aus dem Leistungskatalog herausgenommenen Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die durch dieses Gesetz aus dem Leistungskatalog herausgenommenen Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) sowie sonstige kraft oder aufgrund Gesetzes und kraft Satzung ausgeschlossene Leistungen als erweiterte Leistungen anzubieten.

Absatz 3 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 dem Bereich der Eigenverantwortung zuzuordnen sind. 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 (§§ 63–65) unterlaufen könnte. Im übrigen erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, medizinische Verfahren, bei deren Beurteilung die Bundesausschüsse zu dem Ergebnis gelangt sind, daß sie den gesetzlich vorgegebenen Kriterien (§ 135 Abs. 1) für die Aufnahme in die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in vollem Umfang entsprechen (§ 135 Abs. 1 Satz 4), als Satzungsleistung einzuführen.

Die Art der Leistungen nach Absatz 1 und 2 verlangt keine paritätische Finanzierung. Absatz 4 stellt sicher, daß die Arbeitgeber sich an den Beiträgen für diese Leistungen nicht zu beteiligen haben. Die Herausnahme aus dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag im Sinne von § 28d SGB IV stellt sicher, daß die Regelungen über die Einbehaltung und Abführung der Beiträge durch die Arbeitgeber an die Einzugsstelle nicht anzuwenden sind. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben diese Leistungen außer Betracht.

Zu Nummer 15 (§ 60)

Die Regelung gibt der Krankenkasse die Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Gestaltung der Art und des Umfangs der durch diese Vorschrift geregelten Leistungen in ihrer Satzung. Auch eine völlige Herausnahme aus dem Leistungsangebot ist möglich. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs über das geltende Recht hinaus ist nur im Rahmen des § 56 zulässig. Bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2) bleiben sie auch dann außer Betracht, wenn die Krankenkasse in der Satzung keine Regelung trifft.

Leistungen des Rettungsdienstes bleiben Pflichtleistungen, die jede Krankenkasse anbieten muß. Zu diesen Rettungsfahrten zählen medizinisch notwendige Primärtransporte mit Rettungstransportwagen, Notarztwagen sowie Primärtransporte im Rahmen der Flugrettung. Die medizinische Notwendigkeit ist wie bisher durch eine vertragsärztliche Verordnung zu bestätigen. Diese Leistungen werden weiterhin im Risikostrukturausgleich berücksichtigt.

Zu Nummer 16 (§ 61 Abs. 1)

Versicherte, für die die Härtefallregelungen des § 61 gelten, erhalten zum Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe. Damit kann dieser Personenkreis weiterhin prothetische Versorgungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, ohne selbst belastet zu werden.

Zu Nummer 17 (§ 62 Abs. 2a)

Die geltende Regelung paßt nicht zum Festzuschußkonzept bei Zahnersatz und wird deshalb gestrichen. Im Gesetzgebungsverfahren wird eine passende Neuregelung erarbeitet.

Zu Nummer 18 (§ 62a)

Die Neuregelung sieht vor, daß die festen Zuzahlungsbeträge der wirtschaftlichen Entwicklung ange-

paßt 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 Arzneimittelzuzahlungen gelten wegen der geringen Beträge Schritte um jeweils DM 0,50. Durch diese Regelungen 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. Dieser Anpassungsmechanismus gilt nur für die im Gesetz genannten Zuzahlungsbeträge, nicht aber für Zuzahlungserhöhungen gemäß § 221 in der Fassung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes.

Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die durch die Zuzahlungsdynamisierung erzielbaren Minderausgaben bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln als „Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen" gemäß § 84 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 in Arznei-, Heil- und Verbandmittelbudgets angerechnet werden, weil eine gesetzliche Leistungspflicht sowohl durch formelles Recht als auch durch Satzungsrecht begründet wird. Dadurch wird die beabsichtigte finanzielle Entlastung der Krankenkassen sichergestellt.

Alle Zuzahlungsbeträge werden vom 1. Juli 1997 an angepaßt. Nur für Zuzahlungen zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu Arzneimitteln wird mit dem 1. Juli 1999 ein späterer Zeitpunkt der Dynamisierung festgelegt, weil diese Zuzahlungen – im Gegensatz zu allen anderen – bereits durch das Beitragsentlastungsgesetz zum 1. Januar 1997 erhöht werden.

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

Zu Nummer 19 (Zehnter Abschnitt)

Redaktionelle Anpassung an die Änderungen der §§ 63 bis 68.

Zu Nummer 20 (§§ 63 bis 65)

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.

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 der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung richten. Die Möglichkeit zum Angebot von Wahlleistungen ist nicht vorgesehen.

Modellvorhaben können für die in Absatz 2 definierten Leistungen durchgeführt werden, wenn tragfähiges Erkenntnismaterial vorliegt, welches die Erwartung rechtfertigt, daß solche Leistungen nach den Vorschriften des SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten geeignet sind. Damit bleiben Modellvorhaben zu medizinischen Leistungen, deren Nutzen und Risiken insoweit noch nicht hinreichend beurteilt werden können, 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 Beitragssatzstabilität 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.

Da nur von bestimmten Vorschriften des SGB V und vom Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie von darauf beruhenden Rechtsverordnungen (z. B. Bundespflegesatzverordnung [BPflV]) abgewichen werden darf, können die für die Apotheken außerhalb des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften nicht suspendiert werden.

Soweit eine solche Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotentialen zu Einsparungen führt, die entstandene Mehraufwendungen überkompensieren, können sie ganz oder teilweise an die Versicherten weitergeleitet werden, um das Interesse der Versicherten 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 ist, 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 tragfähiges Erkenntnismaterial hinsichtlich ihres Nutzens zur Erreichung der damit verbundenen präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Ziele sowie der mit ihrer Erbringung verbundenen gesundheitlichen Risiken vorliegt und Bedarf an zusätzlichen Erkenntnissen hinsichtlich des Nutzens, der Risiken oder der Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen besteht. Die Finanzierung von Modellvorhaben wird auf Bereiche konzentriert, die in einem Zusammenhang mit der Aufgabenstellung der Krankenkassen zu sehen sind.

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 nach den bisherigen Vorschriften geltende Höchstgrenze von fünf Jahren für die Dauer von Modellvorhaben wird auf acht Jahre erweitert, um es dem Gesetzgeber zu 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 nutzen zu können. 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.

Absatz 5 enthält außerdem die datenschutzrechtlich notwendigen Regelungen.

Zu Absatz 6

Es wird klargestellt, daß Modellvorhaben auch auf Initiative der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsprechend den Vorschriften dieses Abschnitts vereinbart werden können.

Zu § 64

Zu Absatz 1

Modellvorhaben mit Leistungserbringern, die nicht für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, sind ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Die Rahmenregelungen für Modellvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung sind von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu vereinbaren. Die Regelung stellt sicher, daß Modellvorhaben im vertragsärztlichen Bereich mit den gesetzlich zuständigen Organisationen der Vertragsärzte abgestimmt werden.

In den Vereinbarungen ist auch eine Regelung zu treffen, die sicherstellt, daß Modellvorhaben, die von einer bestimmten Zahl von Ärzten befürwortet werden, durchgeführt werden können.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift 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 Erkenntnismaterial bereitstellen, das 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 Auswertung der Modellvorhaben zu stellen.

Die Auswertung muß allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards entsprechen und Schlußfolgerungen im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung zulassen; sie soll darüber Auskunft geben, inwieweit die mit den Modellvorhaben verfolgten Ziele erreicht worden sind und welche Auswirkungen sich auf Qualität und Kosten der Versorgung ergeben. Die Veröffentlichung des Berichts der Sachverständigen soll sicherstellen, daß die Ergebnisse allgemein zugänglich sind und diskutiert werden können.

Zu Nummer 21 (§§ 67, 68)

Die Vorschriften entfallen im Zusammenhang mit der Neuregelung der Modellvorhaben (§§ 63 bis 65).

Zu Nummer 22 (§ 73)

Die Erbringung medizinischer Leistungen, bei denen nach der Beurteilung der Bundesausschüsse die gesetzlichen Vorgaben für die Aufnahme in die Leistungspflicht der Krankenkassen (§ 135 Abs. 1) nicht in vollem Umfang erfüllt sind (§ 135 Abs. 1 Satz 4), soll, sofern sie von Krankenkassen als Satzungsleistung nach § 56 vorgesehen sind, von den Gesamtvertragspartnern vereinbart werden.

Zu Nummer 23 (§ 85)

Zu den Buchstaben a und c

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Nummer 32).

Zu Buchstabe b

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen erhalten das Recht, in den Bundesmantelverträgen Regelungen zur Festlegung von Vergütungsanteilen für die beteiligten Arztgruppen zu treffen, die von den Partnern

der Gesamtverträge bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde zu legen sind.

Zu Buchstabe d

Aus Gründen der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung werden die Vorschriften in § 85 Abs. 4b bis 4f aufgehoben.

Zu Nummer 24 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt klar, daß die Vertragspartner des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Instrumente zur Vermeidung einer übermäßigen Ausweitung der Menge abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab einführen können. Damit wird zugleich für die von der Selbstverwaltung bereits beschlossenen Maßnahmen auch im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu den sog. „Praxisbudgets" für Laborleistungen eine tragfähige Rechtsgrundlage geschaffen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Nummer 32).

Zu Nummer 25 (§ 87a)

Abrechnungsgrundlage bei der Versorgung mit Zahnersatz nach § 30 ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Durch die Zugrundelegung dieser gleichgewichtig strukturierten und flexiblen Gebührenordnung, die variable Steigerungssätze nach oben und unten erlaubt, soll die Wahlmöglichkeit und das eigenverantwortliche Handeln der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Zahnersatz gefördert werden.

Während einer Übergangsphase von zwei Jahren nach Wirksamwerden aller Festzuschüsse bleibt der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten auf das 1,7fache bzw. im Beitrittsgebiet ohne Berlin-Ost auf das 1,76fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt. Für Härtefälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2 gilt diese Begrenzung ohne zeitliche Befristung. Damit wird erreicht, daß auch nach der Übergangsphase zur Einführung von Festzuschüssen bei Zahnersatz dieser Personenkreis nicht finanziell überfordert wird.

Der im Beitrittsgebiet mit Ausnahme von Berlin-Ost mögliche höhere Steigerungsfaktor von 1,76 bezieht sich auf das dort geltende niedrigere Vergütungsniveau der Gebührenordnung für Zahnärzte. Der höhere Steigerungsfaktor vermeidet, daß die Vertragszahnärzte in den neuen Bundesländern durch die Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte statt des vertragszahnärztlichen Gebührenmaßstabs Nachteile erleiden. Da im Land Berlin bereits ein einheitliches vertragszahnärztliches Gebührenniveau besteht, gilt hier der Steigerungsfaktor für die alten Bundesländer.

Zu Nummer 26 (§ 88)

Mit der Einführung der Festzuschüsse entfallen die bisherigen Absätze 1, 2 und 2a als gesetzliche Vorgabe zur Vergütung der zahntechnischen Leistungen bei Zahnersatz. Damit wird in diesem Bereich eine freie, marktgerechte Preisbildung bei zahntechnischen Leistungen ermöglicht.

Da Parodontalbehandlungen und Behandlungen des Gesichtsschädels (z. B. Kieferbruch) sowie kieferorthopädische Behandlungen als Sachleistung oder als Kostenerstattungsleistung ohne Festzuschuß erbracht werden, bleibt die Rechtsgrundlage für vertragliche Vereinbarungen über zahntechnische Leistungen bei diesen Behandlungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen erhalten. Die zahntechnischen Leistungen für diese Behandlungen werden fast ausschließlich in der zahnärztlichen Praxis erbracht.

Zahntechnische Leistungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung sind mit den Krankenhausentgelten (tagesgleicher Pflegesatz, Fallpauschale, Sonderentgelt) abgegolten, wenn die Behandlung Anlaß für die Krankenhausaufnahme war oder im Zusammenhang mit einer sog. interkurrenten Erkrankung im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört.

Die Aufhebung des bisherigen Absatzes 3 Satz 2 ist eine Folgeregelung des Wegfalls der Vorschriften über vertragliche Preisvereinbarungen mit Zahntechnikern.

Zu Nummer 27 (§ 89 Abs. 7 und 8)

Folgeänderung zur Neufassung von § 88.

Zu Nummer 28 (§ 106 Abs. 3)

Da bei kieferorthopädischen und prothetischen Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine vorherige Genehmigung und gegebenenfalls Begutachtung erfolgt, entfällt hier aus Gründen der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung die Möglichkeit nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Vorschriften über die bestehende Genehmigungs- und Begutachtungspraxis sowie über die Einigungsverfahren bei fachlichen Streitfällen (z. B. Prothetikeinigungsausschüsse), die in den Bundesmantelverträgen bzw. Gesamtverträgen geregelt sind, bleiben von der Streichung unberührt.

Zu Nummer 29 (§ 108a)

Die Vorschrift regelt die Vertretung derjenigen Träger zugelassener Krankenhäuser, die sich einer Landeskrankenhausgesellschaft angeschlossen haben. Die Regelung ist insbesondere für die Aufgaben gem. § 17 Abs. 2a KHG (siehe Artikel 5 Nr. 4: Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene) sowie gem. § 6 Abs. 1 BPflV (siehe Artikel 7 Nr. 1: Vereinbarung der für die Krankenhausbudgets maßgeblichen Veränderungsrate durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene) von Bedeutung.

Es handelt sich um eine rein deskriptive Anknüpfung an die bestehenden (privatrechtlichen) Verbandsstrukturen.

Zu Nummer 30 (§ 115a Abs. 3 Satz 3)

Die Klarstellung erfolgt im Hinblick auf die Schaffung einer Bundesschiedsstelle durch § 18a Abs. 6 KHG (siehe Artikel 5 zu Nummer 6).

Zu Nummer 31 (§ 120 Abs. 4)

Die Klarstellung erfolgt im Hinblick auf die Schaffung einer Bundesschiedsstelle durch § 18a Abs. 6 KHG (siehe Artikel 5 zu Nummer 6).

Zu Nummer 32 (§ 122)

Die gesetzliche Regelung über die gemeinsame Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung für den ambulanten und den stationären Bereich wird aufgehoben. Diese Form der Großgeräteplanung hat die Entstehung von Überkapazitäten nicht verhindern können. Der Wegfall der Großgeräteplanung stellt einen weiteren Schritt zum Abbau gesetzlicher Vorgaben dar. Der Erlaß einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates (Katalog der abstimmungspflichtigen Großgeräte sowie Anhaltszahlen für deren Einsatz) entfällt. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen.

Zu Nummer 33 (§ 135)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß zu den Kriterien für die Entscheidung der Bundesausschüsse über die Aufnahme neuer medizinischer Verfahren in die Leistungspflicht der Krankenkassen auch die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit dieser Verfahren gehört. Ferner wird klargestellt, daß die Aufgaben der Bundesausschüsse auch die regelmäßige Überprüfung der Leistungen umfassen, die bereits in die vertragsärztliche und -zahnärztliche Versorgung aufgenommen worden sind: Auf der Grundlage des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist zu beurteilen, ob diese Leistungen noch den gesetzlich vorgegebenen Kriterien entsprechen, die auch der Entscheidung der Bundesausschüsse über die Aufnahme neuer Leistungen in die Leistungspflicht der Krankenkassen zugrunde zu legen sind.

Sofern die Bundesausschüsse bei der Beurteilung neuer oder bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachter Leistungen zu dem Ergebnis gelangen, daß die gesetzlich vorgegebenen Kriterien zwar weitgehend, aber nicht in vollem Umfang erfüllt werden, können sie diese Leistungen benennen. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, diese Leistungen nach § 56 als Satzungsleistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung der Neufassung von § 88 und der Aufhebung von § 89 Abs. 7 und 8.

Zu Nummer 34 (§ 222)

Die Vorschrift geht über die Regelung des § 221, die Beitragserhöhungen grundsätzlich zuläßt, hinaus, indem sie Beitragserhöhungen in dem Umfang ausschließt, in dem sie durch eine Ausgabenerhöhung für die Summe der Satzungsleistungen gegenüber dem Vorjahr verursacht werden. Das Verbot gilt nicht für Satzungsleistungen, die vom Versicherten allein finanziert werden. Erhöhungen von Beiträgen, die durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen verursacht werden, bleiben unberührt.

Zu Nummer 35 (§ 266 Abs. 4, 7 bis 9)

Zu Buchstabe a (Absatz 4 Satz 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zur Änderung der Leistungsbezeichnung durch Artikel 2 Nr. 12 Buchstabe c des Beitragsentlastungsgesetzes (§ 40 Abs. 6 Satz 1).

Zu Buchstabe b (Absatz 7)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 4)

Die Regelung stellt klar, daß bei der Durchführung des Ausgleichs entstehende Zahlungssalden durch entsprechende Anpassungen des vom Bundesversicherungsamt festzusetzenden vorläufigen Ausgleichsbedarfssatzes im monatlichen Abschlagsverfahren abgebaut werden können. Überschüsse und Defizite können im monatlichen Abschlagsverfahren insbesondere dann entstehen, wenn die eingetretene Entwicklung der Zahl der Versicherten oder der Höhe der Leistungsausgaben oder beitragspflichtigen Einnahmen von der vorher geschätzten Entwicklung abweicht. Zahlungssalden können auch entstehen, wenn Krankenkassen mit Zahlungen in Verzug sind oder die Vollziehung von Zahlungsbescheiden in rechtlichen Streitverfahren ausgesetzt wird. Werden diese Zahlungssalden nicht kurzfristig ausgeglichen, können sie zu unvertretbaren Liquiditätsbelastungen der zur Durchführung des Zahlungsverkehrs verpflichteten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte führen. Um diese Belastungen zu vermeiden, enthält die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung bereits Verfahrensregelungen, die das Defizitrisiko von der gesetzlichen Renten- auf die Krankenversicherung verlagern. Die Verordnungsregelung wird durch die gesetzliche Klarstellung nicht verändert, sondern zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten bekräftigt. Soweit das Verwaltungsverfahren der monatlichen Abschläge von den Krankenkassen durchzuführen ist, bleibt dieses unverändert. Die Verpflichtung zur Zahlung von Säumniszuschlägen (vgl. Buchstabe c) wird von dieser Regelung nicht berührt. Dies gilt auch für die Verpflichtung des Bundesversicherungsamts, ausstehende Beträge einzuziehen.

Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 5)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung der Säumniszuschläge in Absatz 8 (vgl. Begründung zu Buchstabe c).

Zu Buchstabe c (Absatz 8)

Die Vorschrift dient der Verbesserung der Zahlungsdisziplin. Da die Zahlungen an die ausgleichsberechtigten Krankenkassen zeitgleich mit den Zahlungen der ausgleichsverpflichteten Krankenkassen erfolgen müssen, können Zahlungssäumnisse zu erheblichen Störungen im Ausgleichsverfahren und zu unvertretbaren Liquiditätsbelastungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte führen. Die Erfahrungen mit der Umsetzung des Risikostrukturausgleichs seit 1994 haben gezeigt, daß die bisherige Regelung der Verzugszinsen in Höhe von 2 vom Hundert über dem Diskontsatz (§ 17 Abs. 6 Satz 3 RSAV) für die Gewährleistung pünktlicher Zahlungseingänge nicht ausreicht. Ihrem Zweck entsprechend, eingetretene Verzugsschäden auszugleichen, haben Verzugszinsen auch keine Steuerungsfunktion zur Verbesserung der Zahlungsdisziplin. Sie sollen deshalb durch Säumniszuschläge abgelöst werden.

Die Vorschrift ist der bereits geltenden Regelung über Säumniszuschläge nach § 24 Abs. 1 des Vierten Buches, die von beitragssäumigen Arbeitgebern zu zahlen sind, nachgebildet.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe c.

Zu Nummer 36 (§ 305)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird ein Anspruch des Versicherten begründet, vom Leistungserbringer zeitnah über die jeweils in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichtet zu werden, z. B. über die bei der jeweiligen Inanspruchnahme eines Vertragsarztes abgerechneten Leistungen, die verordneten und veranlaßten Leistungen (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) und die abgerechneten Leistungen bei einer Krankenhausbehandlung. Das Nähere über Art, Umfang und Verfahren regelt die jeweils maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer. Das Recht des Versicherten, von seiner Krankenkasse umfassend über die in einem Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichtet zu werden, bleibt hiervon unberührt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Artikel 2 (§ 48 Abs. 1 Satz 1 KVLG 1989)

In der Krankenversicherung der Landwirte sind nach § 42 Abs. 1 KVLG 1989 für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige Beiträge aus ihrer Beschäftigung im landwirtschaftlichen Unternehmen zu zahlen, die der landwirtschaftliche Unternehmer allein zu tragen hat.

Die Neuregelung stellt sicher, daß dies auch für Beiträge für erweiterte Leistungen gilt, die in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung von den Versicherten allein zu tragen sind (§ 56 Abs. 4 SGB V).

Zu Artikel 3 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Zu § 196 Abs. 1

Die bewährten Vorsorgemaßnahmen bei Schwangeren werden um Beratungen zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind ergänzt, da durch neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnheilkunde nunmehr eine ursachengerechte Beratung und Betreuung der Versicherten erfolgen kann. Hierzu zählt insbesondere die Aufklärung der Schwangeren über die Übertragungswege der Karies auslösenden schädlichen Keime und die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies auf das Kleinkind. Um zu erkennen, wie hoch das Übertragungsrisiko von Karieskeimen durch die Mutter ist, können auch einfache bakteriologische Speicheltests (z. B. Nachweis auf Streptokokkus Mutans) angezeigt sein.

Die Definition dieser Leistungen bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 SGB V. Er kann dabei den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen beteiligen.

Zu Artikel 4 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummern 1 und 2 (§§ 17, 19)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung der Säumniszuschläge nach Artikel 1 Nr. 35 Buchstabe c (§ 266 Abs. 8 SGB V).

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 10 (siehe Nummer 2).

Zu Nummer 2 (§ 10)

Die Aufhebung von § 10 erfolgt infolge der Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 1 zu Nummer 32). Die bundesrechtlich geregelte Abstimmung zwischen Krankenhausträger und Land als

Vorstufe zu einem Antrag des Krankenhausträgers nach § 122 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entfällt.

Zu Nummer 3 (§ 16)

Die Ermächtigungsgrundlage wird erweitert, damit in der Bundespflegesatzverordnung dem Verband der privaten Krankenversicherung ein Klagerecht als Korrektiv gegenüber der einseitigen Festlegung der Höhe der nichtärztlichen Wahlleistungsentgelte durch den Krankenhausträger eingeräumt werden kann (siehe Artikel 7 zu Nummer 7 Buchstabe b).

Zu Nummer 4 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) eingeleitete Reform des Vergütungssystems durch schrittweise Einführung leistungsorientierter Vergütungen wird weiterentwickelt. Mit der BPflV vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) wurden erstmals Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte vorgegeben, deren Entgelthöhe auf der Landesebene und damit unabhängig von den Kosten des einzelnen Krankenhauses vereinbart wird. Die neuen Entgelte konnten im Jahr 1995 freiwillig angewendet werden. Sie wurden zum 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich. Bis zum Jahr 1997 werden die Fallpauschalen und Sonderentgelte jährlich von dem bisherigen Gesamtbudget des Krankenhauses abgezogen. Zum 1. Januar 1998 werden sie endgültig vom Budgetbereich des Krankenhauses getrennt.

Von diesem Zeitpunkt an soll die Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge, d. h. die laufende Überarbeitung bestehender Entgeltarten und die Einführung neuer Entgeltarten, von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vorgenommen werden.

Satz 1 beschreibt die derzeitige Rechtslage und legt fest, daß auch nach Übergang der Aufgabe, die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge weiter zu entwickeln, auf die Selbstverwaltungspartner, für die Vergütung dieser Leistungen bundeseinheitliche Bewertungsrelationen vorzugeben sind. Satz 2 begrenzt die Vorgabe von Fallpauschalen und Sonderentgelten durch die Bundespflegesatzverordnung. Überarbeitungen bestehender Entgelte sowie neue Entgelte können als Vorgabe der BPflV damit letztmalig zum 1. Januar 1998 in Kraft treten. Die Sätze 3 bis 5 übertragen die Aufgabe, die Entgeltkataloge weiter zu entwickeln, mit Wirkung vom 2. Januar 1998 auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird damit bei der neu vorgesehenen Vereinbarung der Fallpauschalen und Sonderentgeltkataloge auf der Bundesebene Vertragspartei.

Der auf Seiten der Krankenkassen unter Einschluß der privaten Krankenversicherung bestehende Einigungszwang wird gelockert; das in § 213 Abs. 2 SGB V festgelegte Abstimmungsverfahren ist – in modifizierter Form – entsprechend anwendbar. Kommt es zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht zu einer Einigung, ist mit der auf Bundesebene geschaffenen Schiedsstelle ein Konfliktlösungsinstrument vorgesehen. Die Selbstverwaltungspartner können erstmals im Jahr 1998 für den Pflegesatzzeitraum 1999 bundesweit geltende Definitionen für Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren.

Die Kosten neuer, erstmals vereinbarter Fallpauschalen und Sonderentgelte sind jeweils einmalig zum Beginn eines Kalenderjahres aus dem Budgetbereich des Krankenhauses auszugliedern. Satz 8 gibt die geltende Rechtslage wieder.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 10 KHG (siehe Nummer 2) und § 122 SGB V (siehe Artikel 1 zu Nummer 32).

Zu Buchstabe c

Die Pflegesatzfähigkeit von Instandhaltungskosten ist bisher im Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht ausdrücklich geregelt. § 4 Nr. 2 Buchstabe a und b der auf Grund des § 16 Satz 1 Nr. 5 KHG ergangenen Abgrenzungsverordnung (AbgrV) vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255) enthält eine Zuordnung des Erhaltungs- und Wiederherstellungsaufwandes von Krankenhäusern zu den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen nicht vollständig oder nicht überwiegend ersetzt werden. Die Regelung knüpft an den Begriff der Instandhaltungskosten in § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 BPflV an, wonach zu den pflegesatzfähigen Kosten „die Kosten für die Instandhaltung der Wirtschaftsgüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung" gehören (siehe auch § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV).

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 21. Januar 1993 (3 C 66.90, NJW 1993, 2391 ff.) festgestellt, daß § 4 Nr. 2 Buchstabe a AbgrV von der Ermächtigungsnorm des § 16 Satz 1 Nr. 5 KHG nicht gedeckt ist. In der Urteilsbegründung ist ausgeführt, der Verordnungsgeber sei zu keiner näheren Abgrenzung ermächtigt, die den gesetzlichen Investitionskostenbegriff des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erweitere und gleichzeitig den Begriff der pflegesatzfähigen Kosten einschränke. Dementsprechend sind auf der Grundlage dieser Rechtsprechung alle Instandhaltungskosten pflegesatzfähig, auch wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnischen Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden (Maßnahmen, die bis zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts durch alle Länder finanziert worden sind). In Absatz 4b Satz 1 und 2 wird die Pflegesatzfähigkeit der Instandhaltungskosten als Grundsatz klargestellt.

Für den Teil der Instandhaltungskosten, den die Länder bis 1993 im Rahmen ihrer Investitionsförderung finanziert haben, wird in Satz 3 eine pauschalierte

zweckorientierte Berücksichtigung in Form eines Zuschlags zu den Pflegesätzen vorgeschrieben. Der in Satz 2 genannte Zuschlag ergibt ein voraussichtliches Finanzierungsvolumen in Höhe von ca. 1 Mrd. DM/Jahr für alle Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Krankenhäuser, die in der jeweiligen Periode keine Instandhaltungsaufwendungen haben, sparen den Pauschalbetrag an.

Zur Stabilisierung der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Krankenkassen ist die Begrenzung erforderlich. Dieser Betrag erscheint auch ausreichend vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zur Abgrenzung zwischen Erhaltungs- und Herstellungsaufwand bei grundlegender Instandsetzung und Modernisierung von Gebäuden (s. BFH-Urteile vom 9. und 10. Mai 1995, DB 1995, 1841ff., 1888ff.). Greifen Erweiterungen mit Modernisierungs- und Instandhaltungsmaßnahmen bautechnisch ineinander, so sind die Aufwendungen nicht in Herstellungs- und Erhaltungsaufwand aufzuteilen, sondern einheitlich als Herstellungskosten zu beurteilen. Dementsprechend ist ein Großteil des Erhaltungsaufwandes in Krankenhäusern bei der gebotenen Gesamtwürdigung als Herstellungsaufwand einzustufen mit der Folge der Förderfähigkeit insgesamt.

Es bleibt jedem Bundesland unbenommen, ab 1997 Instandhaltungsmaßnahmen – wie bis 1993 – zu fördern, und zwar krankenhausindividuell und projektbezogen oder pauschaliert als Zuschlag zu den Pflegesätzen. Dann entfällt nach Satz 4 die Pflegesatzfähigkeit für alle Krankenhäuser im Land.

Die pauschale Finanzierung über die Pflegesätze gemäß Satz 3 erfolgt in den Jahren 1997 bis 1999. Der Gesetzgeber beabsichtigt, für die Zeit ab dem Jahr 2000 eine Anschlußregelung zu schaffen.

Zu Nummer 5 (§ 18 Abs. 4 Satz 1)

Die Klarstellung erfolgt im Hinblick auf die Schaffung einer Bundesschiedsstelle durch § 18a Abs. 6 (siehe Nummer 6).

Zu Nummer 6 (§ 18a Abs. 6)

Die Bildung einer Schiedsstelle auf Bundesebene erfolgt im Hinblick auf die der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung übertragenen Aufgaben, die für die Pflegesatzvereinbarung maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen zu vereinbaren (siehe Artikel 6 zu Nummer 1), die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge fortzuentwickeln (siehe Artikel 6 zu Nummer 3 Buchstabe b) und den für den Ausgleich von Mehrerlösen bei Entgelten mit einem erhöhten Sachmittelanteil maßgeblichen Vomhundertsatz festzusetzen (siehe Artikel 6 Nr. 3b). Angesichts ihrer Bedeutung für Kernbereiche der Krankenhausfinanzierung wird die Bundesschiedsstelle mit drei unparteiischen Mitgliedern besetzt. Dies entspricht der Regelung zur Landesschiedsstelle nach § 114 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle werden im Falle der Nichteinigung der Beteiligten durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Das für die Landesschiedsstellen geltende Losverfahren hat sich als nicht sachgerecht erwiesen.

Satz 7 legt die Grundzüge des Verfahrens fest. Die näheren Einzelheiten regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Vereinbarung. Um die Funktionsfähigkeit der Schiedsstelle zu gewährleisten, ist für den Fall der Nichteinigung eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen. Satz 11 bestimmt klarstellend, daß gegen die Entscheidung der Schiedsstelle – für die Vereinbarungspartner – der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten eröffnet ist. Der Wegfall des Vorverfahrens dient der Beschleunigung des durch die Vorschaltung der Schiedsstelle ohnehin aufwendigen Verfahrens. Der Ausschluß der aufschiebenden Wirkung sichert die sofortige Umsetzung der Schiedsstellenentscheidung und verhindert, daß ein Rechtsmittel allein deshalb eingelegt wird, um die Rechtswirkung der Entscheidung der Schiedsstelle hinauszuzögern.

Zu Nummer 7 (§ 18b Abs. 1 Satz 5)

Die Klarstellung erfolgt im Hinblick auf die Schaffung einer Schiedsstelle auf Bundesebene durch § 18a Abs. 6 (siehe Nummer 6).

Zu Nummer 8 (§ 29)

Die Aufhebung von Absatz 3 ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Nummer 2 und Artikel 1 zu Nummer 32).

Die Übergangsvorschriften in den Absätzen 4 und 5 sind ausgelaufen.

Zu Artikel 6 (Änderung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996)

Die Ausgleichsregelung entspricht inhaltlich den Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung 1995. Sie trägt der Tatsache Rechnung, daß die Fallzahlentwicklung bei den Transplantationen 1996 im Vergleich zu 1995 für die einzelnen transplantierenden Krankenhäuser sehr unterschiedlich ist. Dies ist zu einem großen Teil, nämlich für Herz-, Nieren-, Leber-, Lungen- und Bauchspeicheldrüsen-Transplantationen, auf die Verteilung der Spenderorgane durch die Stiftung Eurotransplant in Leiden/Niederlande im Rahmen des internationalen Austauschs von Spenderorganen zurückzuführen. Maßgeblich für diese Verteilung der Spenderorgane sind medizinische Kriterien wie Dringlichkeit, Gewebeübereinstimmung zwischen Organspender und -empfänger und sonstige Merkmale, die die Erfolgsaussicht der Transplantationen beeinflussen.

Zu Artikel 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Zu Buchstabe a

§ 6 regelt die Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 17 Abs. 1 KHG) auf die besonderen Bedingungen des Krankenhausbereiches. Die bereits bisher in § 6 enthaltenen Vorgaben zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität werden enger gefaßt. Erhöhungen des Krankenhausbudgets sowie der Fallpauschalen und Sonderentgelte, die mit Kostenentwicklungen begründet werden, sind nur noch im Rahmen einer Veränderungsrate zulässig, die von der Selbstverwaltung auf der Bundesebene prospektiv für das folgende Kalenderjahr vereinbart wird. Darüber hinausgehende, vom Krankenhaus geforderte Steigerungsraten müssen medizinisch begründet sein. Über Leistungsentwicklungen kann ab dem Jahr 1997 wieder verhandelt werden. Insoweit wird zu den Regelungen der Bundespflegesatzverordnung 1995 zurückgekehrt.

Absatz 1 sah bisher die Möglichkeit vor, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Veränderungsrate für das folgende Kalenderjahr vorausschätzen und eine Empfehlung für die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung „vor Ort" abgeben. Nun wird der Selbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtend die Vereinbarung dieser Rate übertragen. Die Rate ist für die Vertragsparteien „vor Ort" verbindlich. Sie stellt eine Obergrenze dar, die bei der Vereinbarung von Fallpauschalen und Sonderentgelten oder bei der Budgetvereinbarung nur in bestimmten Fällen überschritten werden darf; vgl. die Begründung zu den Absätzen 2 und 3.

Als zusätzlicher Vertragspartner wird der Verband der privaten Krankenversicherung einbezogen. Auf der Krankenkassenseite wird die bisher einstimmige Zustimmung durch eine Mehrheitsentscheidung ersetzt. Das in § 213 Abs. 2 SGB V festgelegte Abstimmungsverfahren ist – angepaßt – entsprechend anwendbar.

Orientierungsgröße für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied. Da die Regelung des § 270 SGB V ausläuft, wird nun auf § 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V verwiesen. Diese Bezugsbasis wird auch im Rahmen der Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich ermittelt. Sie umfaßt sowohl die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung als auch der Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner. Eine Einbeziehung der Einnahmen der Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner, die aufgrund fehlender Datengrundlagen im Zeitraum von 1993 bis 1995 noch nicht möglich war, erscheint sachgerecht, da die Rentensumme die Entwicklung der Bemessungsgrundlage für die Beitragseinnahmen der Krankenkassen entscheidend mitbestimmt.

Die Veränderungsrate ist für die alten und neuen Bundesländer getrennt zu vereinbaren. Satz 2 beauftragt die Spitzenverbände, in die Veränderungsrate für die neuen Bundesländer zusätzlich die von den Tarifvertragsparteien vereinbarte Angleichung der Löhne und Gehälter an das West-Niveau einzurechnen. Damit wird die Obergrenze, bis zu der im Budgetbereich Kostensteigerungen berücksichtigt oder bis zu der die Fallpauschalen und Sonderentgelte erhöht werden können, angehoben. Bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten, die aufgrund der Gehaltsunterschiede derzeit in den neuen Bundesländern niedriger vereinbart sind als im übrigen Bundesgebiet, ermöglicht die höhere Veränderungsrate eine entsprechende Anhebung des Punktwertes für den Personalkostenanteil (§ 16 Abs. 1 Satz 3 BPflV).

Absatz 2 begrenzt die Erhöhung der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf höchstens die Veränderungsrate nach Absatz 1. Die bisherige Ausnahmeregelung entfällt.

Zu Buchstabe b

Für das Jahr 1997 verhandeln Krankenhäuser und Krankenkassen wieder nach den Regeln der BPflV 1995. Dabei sind nicht die bisherigen, weitgehend noch nach altem Recht „kostenorientiert" vereinbarten Budgets fortzuschreiben, sondern nach neuem Recht „leistungsgerechte" Budgets zu verhandeln (§ 17 Abs. 1 KG, § 3 BPflV). Bei den Pflegesatzverhandlungen können die Krankenhäuser ihr für das Jahr 1997 geplantes Leistungsvolumen in die Pflegesatzverhandlungen einbringen. Die Krankenkassen werden im Rahmen der Verhandlungen dagegen auf z. B. Verweildauerverkürzungen, ambulant erbrachte Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen oder teilstationäre Behandlungen verweisen und diese gegenrechnen, soweit sie eine stationäre Behandlung ersetzt haben. Erbringt ein Krankenhaus weniger Leistungen als bisher, ist ein entsprechend niedrigeres Budget zu vereinbaren. Diese Umstellung auf das leistungsorientierte Verhandeln nach der BPflV 1995 wird zu unterschiedlichen Entwicklungen bei den Budgets der einzelnen Krankenhäuser führen.

Absatz 3 Satz 1 faßt die Voraussetzungen enger, unter denen das sog. Restbudget des Krankenhauses (§ 12) über die nach Absatz 1 vereinbarte Rate hinaus erhöht werden darf. Eine Überschreitung der Veränderungsrate aufgrund von allgemeinen Kostenentwicklungen ist nicht mehr zulässig. Darüber hinausgehende Erhöhungen sind nur in den genannten Fällen zulässig, also nur aufgrund von leistungsbezogenen Veränderungen oder zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen. Eine Öffnung für Leistungsentwicklungen beim Budget des einzelnen Krankenhauses ist auch erforderlich, um notwendige Strukturveränderungen im Krankenhausbereich zu ermöglichen. Die bessere Abstimmung von Leistungsangeboten, Kooperationen von Krankenhäusern und Schwerpunktbildungen müssen zu entsprechenden Budgetanpassungen führen. Strukturveränderungen sind auch Voraussetzung für den Abbau von Krankenhausbetten, dessen Notwendigkeit aufgrund von Verweildauerverkürzungen in den vergangenen Jahren sichtbar geworden ist und der aufgrund der Einführung von Fallpauschalen, ambulan-

tem Operieren und vor- und nachstationärer Behandlung in den nächsten Jahren noch dringlicher werden wird.

Bezugsgröße für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist der nach § 1 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 vereinbarte Gesamtbetrag, aus dem die Anteile für das ambulante Operieren und die vor- und nachstationäre Behandlung sowie Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge für vorhergehende Pflegesatzzeiträume herausgerechnet werden. Der Betrag nach K 5 lfd. Nummer 9 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung darf für das Jahr 1997 nicht höher sein als die berichtigte Bezugsgröße, erhöht um den Vomhundertsatz nach Absatz 13 Satz 1; dies gilt nicht für die Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 3 Satz 1, auch soweit diese bei Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Leistungen zu Kostenerhöhungen führen, sowie für die Veränderungen der Abzugsbeträge für wahlärztliche Leistungen und gesondert berechenbare Unterkunft. Bezugsgröße für die Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 ist für das Jahr 1998 der Betrag, der K 5 lfd. Nummer 9 für das Jahr 1997 entspricht. Die zusätzliche pauschalierte Instandhaltung ist nicht Gegenstand des Vergleiches. Sie wird für den Budgetbereich in lfd. Nummer 13 hinzugefügt und bei Fallpauschalen und Sonderentgelten über einen Zuschlag gesondert berechnet.

Satz 2 legt vergleichbare Bedingungen für Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag fest. Die Regelung knüpft an bestehende Verfahren an und schafft bei Hochschulkliniken kein neues Genehmigungsverfahren.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Vorschrift paßt den Verweis auf die Abgrenzungsverordnung an die neue Regelung zur pauschalen Finanzierung der bisher von den Ländern im Wege der Einzelförderung finanzierten „großen" Instandhaltungsmaßnahmen an; vgl. die Begründung zu § 17 Abs. 4b KHG. In dem über das Budget nach § 12 BPflV finanzierten Bereich wird die Instandhaltungspauschale für die Jahre 1997 bis 1999 von den Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlung ermittelt und in das Budget eingerechnet. Die genannte Bezugsgröße entspricht dem Betrag nach K 5 lfd. Nummer 12 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung. Für den mit Fallpauschalen und Sonderentgelten finanzierten Bereich wird für die Jahre 1997 bis 1999 ein Zuschlag in Höhe von 1,1 Prozent auf die jeweilige Entgelthöhe gesondert in Rechnung gestellt; vgl. die Erläuterungen zu Nummer 5.

Zu Nummer 3 (§ 11)

Buchstabe a ändert die Höhe des nach § 11 Abs. 8 vorgeschriebenen Erlösausgleichs für Fallpauschalen und Sonderentgelte, der zum Jahresende 1997 ausläuft. Für das Jahr 1997 sind somit Mehrerlöse gegenüber dem mit den Krankenkassen prospektiv vereinbarten Betrag zu 75 Prozent von den Krankenhäusern zurückzuzahlen (bisher 50 Prozent).

Buchstabe b ermöglicht die Vereinbarung niedrigerer Ausgleichsprozentsätze für Fallpauschalen und Sonderentgelte mit besonders hohen Sachmittelanteilen. Den Krankenhäusern kann somit ein höherer Betrag zur anteiligen Finanzierung zusätzlicher Leistungen verbleiben. Die Vereinbarung wird der Selbstverwaltung auf der Bundesebene übertragen. Der Anteil der Sachmittel kann anhand der Entgeltkataloge ermittelt werden.

Zu Nummer 4 (§ 12)

Buchstabe a hebt eine Vorgabe zur Berücksichtigung der Pflege-Personalregelung auf. Er ist eine Folgeänderung zu Artikel 9, der die Pflege-Personalregelung aufhebt.

Buchstabe b verändert die Höhe der Erlösausgleiche, die für den Budgetbereich vorgeschrieben sind. Die Ausgleichsrate für Mindererlöse wird von 75 auf 50 Prozent herabgesetzt; dies entspricht den inzwischen größeren Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhäuser an eine rückläufige Belegung. Für Mehrerlöse gegenüber dem prospektiv mit den Krankenkassen vereinbarten Budget wird eine gestaffelte Regelung vorgegeben (bisher einheitlich 75 Prozent). Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent der vereinbarten Erlöse sind zu 85 Prozent zurückzuzahlen; darüber hinausgehende Mehrerlöse zu 90 Prozent. Überschreitungen der Pflegesatzvereinbarungen werden somit stärker begrenzt.

Entsprechend paßt Buchstabe c die Ausgleichsraten in Absatz 5, der den Absatz 4 berichtigt, an.

Buchstabe d hebt den Absatz 6 auf. Bei der prospektiven Vereinbarung der Krankenhausbudgets werden allgemeine Kostenerhöhungen durch die Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 (sog. Grundlohnentwicklung) begrenzt. Nachträgliche Änderungen aufgrund abweichender Lohn- oder Gehaltssteigerungen erfolgen nicht mehr. Ebenso entfällt die nachträgliche Korrektur bei einer abweichend von der Vorausschätzung eintretenden Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser werden damit nicht mehr nach Ablauf des Wirtschaftsjahres rückwirkend verändert.

Zu Nummer 5 (§ 14)

Die bisher von den Ländern finanzierten „großen" Instandhaltungsmaßnahmen werden künftig über die Pflegesätze finanziert; vgl. die Erläuterungen zu Nummer 2. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird zur pauschalen Finanzierung dieser Instandhaltungsmaßnahmen in den Jahren 1997 bis 1999 ein gesonderter Zuschlag in Rechnung gestellt.

Zu Nummer 6 (§ 17)

Zum 1. Januar 1998 werden die Fallpauschalen und Sonderentgelte endgültig von dem Budgetbereich getrennt. Der dazu erforderliche Abschnitt „K 8" der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung ist bereits vor den üblichen Pflegesatzverhandlungen den Krankenkassen für Vergleichszwecke zur Verfügung zu stellen. Die Vorschrift verschiebt den dafür vorgesehenen Termin auf den 31. August 1997. Damit wird den Krankenhäusern mehr Zeit für die Kalkulation der Entgelte und insbesondere für die möglichst ge-

naue Abschätzung der im Jahr 1998 voraussichtlich abzurechnenden Leistungen gegeben. Art und Menge der auszugliedernden Leistungen und damit der Entgelte können sich insbesondere aufgrund der geplanten Änderungsverordnung zur Überarbeitung der Entgeltkataloge zum 1. Januar 1998 in begrenztem Umfang noch verändern. Die notwendigen Informationen werden die Krankenhäuser im Frühjahr 1997 erhalten. Soweit diese Terminverschiebung die Pflegesatzverhandlungen im Herbst 1997 allgemein verzögert, kann die Vorschrift des § 21 Abs. 2 Satz 4 BPflV den Krankenhäusern nicht entgegengehalten werden.

Zu Nummer 7 (§ 22)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird das Gebot der Angemessenheit der Entgelte für Wahlleistungen, insbesondere bei Ein- und Zweibettzimmerzuschlägen, stärker betont.

Zu Buchstabe b

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen gemeinsam Empfehlungen abgeben, um auf die Angemessenheit dieser Entgelte hinzuwirken. Der Verband der privaten Krankenversicherung erhält das Klagerecht als Korrektiv gegenüber der einseitigen Festlegung der Höhe der nichtärztlichen Wahlleistungsentgelte durch den Krankenhausträger.

Zu Nummer 8 (§ 28)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt sicher, daß auch die Ausgleiche und Berichtigungen, die in § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 vorgeschrieben sind, in den Pflegesatzverhandlungen der folgenden Jahre umgesetzt werden können. Zur Änderung der Ausgleichshöhe für Transplantationsleistungen vgl. Artikel 6.

Zu Buchstabe b

§ 28 Abs. 8 gibt für die erstmalige Anwendung der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995, d. h. für das Jahr 1995 oder 1996, die Bezugsgröße für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität vor. Die Vorschrift wird gestrichen, weil sie für das Jahr 1997 nicht mehr anwendbar ist. Auf die Vorgabe einer neuen Vorschrift wird verzichtet, weil davon auszugehen ist, daß die Vertragsparteien den § 6 Abs. 3 in Verbindung mit § 28 Abs. 13 für das Jahr 1997 sachgerecht anwenden. Nähere Erläuterungen zum Vergleich der Budgets der Jahre 1996 und 1997 gibt die Begründung zu Nummer 1 Buchstabe b.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift paßt die Ausnahmeregelung des Absatzes 10 für die neuen Bundesländer an die veränderten Vorgaben für die Erlösausgleiche im Budgetbereich an (§ 12 Abs. 4 und 5; vgl. die Begründung zu Nummer 4).

Zu Buchstabe d

Die Veränderungsrate für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in § 6 Abs. 1 Satz 1 kann von den Spitzenverbänden erstmals im Herbst 1997 für das Jahr 1998 vereinbart werden. Absatz 13 gibt deshalb für das Jahr 1997 eine Rate vor. Diese entspricht der von den Tarifvertragsparteien für das Jahr 1997 bereits vereinbarten Erhöhung der Gehälter im öffentlichen Dienst.

Für die neuen Bundesländer wird aufgrund der zum 1. September 1997 erfolgenden Angleichung der Gehälter im öffentlichen Dienst von 84 Prozent auf 85 Prozent des West-Niveaus die Veränderungsrate um 0,26 Prozent erhöht. Zur Finanzierung der im Jahr 1997 erstmals eingeführten Zusatzversorgung wird einmalig die Veränderungsrate um 0,74 Prozent erhöht.

Nummer 9

Die Vorschrift fügt die neue Instandhaltungspauschale in die Formblätter der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach Anlage 3 der Bundespflegesatzverordnung ein. Die LKA ist die Grundlage für Pflegesatzverhandlungen und Krankenhausvergleiche. Es wird lediglich eine neue Zeile eingefügt.

Darüber hinaus wird die bisherige Zeile für den Wagniszuschlag gestrichen. Dieser Zuschlag konnte bisher anstelle eines Ausgleichsanspruchs für abweichende BAT- oder Grundlohnschätzungen vereinbart werden. Mit der Streichung dieser Ausgleiche (Berichtigungen) durch Nummer 4 Buchstabe d entfällt auch der Anlaß für diesen Zuschlag.

Zu Artikel 8 (Änderung der Abgrenzungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Der bisher in § 3 Abs. 2 Nr. 3 als nicht pflegesatzfähig bezeichnete Teil der Instandhaltungskosten, der bisher von den Ländern finanziert wurde, wird aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 (3 C 66.90) pflegesatzfähig. Die Vorschrift wird deshalb aufgehoben.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Absatz 1 entspricht der bisherigen Nummer 1. Er regelt den Begriff der Instandhaltung entsprechend dem Handels- und Steuerbilanzrecht. Er umfaßt auch die Maßnahmen nach Absatz 2.

Absatz 2 übernimmt spiegelbildlich die Regelung der bisherigen Nummer 2 und grenzt damit den bisher von den Ländern finanzierten Teil der Instandhaltung ab. Dieser Teil wird nach § 17 Abs. 4b KHG pauschal finanziert. Die Übernahme dieser Investitionspauschale in das Budget sowie in die Fallpauschalen und Sonderentgelte regelt § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der BPflV. Nähere Erläuterungen zur Finanzie-

rung der Instandhaltungsmaßnahmen enthält die Begründung zu Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe c.

Zu Artikel 9 (Aufhebung der Pflege-Personalregelung)

Die Pflege-Personalregelung wird aufgehoben. Dafür sind die folgenden Gründe maßgeblich:

- Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, daß im Pflegedienst der Krankenhäuser aufgrund der Pflege-Personalregelung in dem vierjährigen Übergangszeitraum von 1993 bis 1996 rd. 13 000 zusätzliche Personalstellen entstehen. Tatsächlich sind in nur drei Jahren, nämlich von 1993 bis 1995, fast 21 000 neue Stellen geschaffen worden; damit wurde das Soll um deutlich mehr als 50 % überschritten.
- Das für den stationären Bereich weiterentwickelte Vergütungssystem enthält verstärkt wettbewerbliche Elemente, mit denen die Pflege-Personalregelung nur bedingt kompatibel ist, da ihre Konzeption in einer Zeit erarbeitet wurde, als der Krankenhausvergütung noch das Selbstkostendeckungsprinzip zu Grunde lag.
- Die Zweifel, ob die Festschreibung einheitlicher Kriterien zur Personalbemessung über eine bundesweit gültige Verordnung die Situation des einzelnen Krankenhauses sachgerecht abbilden kann, haben sich verstärkt.

Mit der Aufhebung der Pflege-Personalregelung wird – auch im Sinne der Deregulierung – die Verantwortung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt. Die weitere Anwendung der Maßstäbe der Pflege-Personalregelung im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen ist der Selbstverwaltung in Zukunft grundsätzlich möglich.

Zu Artikel 10 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ermöglicht, künftige Änderungen der Bundespflegesatzverordnung und der Abgrenzungsverordnung auch soweit Teile betroffen sind, die durch dieses Gesetz geändert wurden, einheitlich in Verordnungswege durchzuführen.

Zu Artikel 11 (Übergangsvorschriften)

Zu § 1

Für den Fall, daß vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes Pflegesätze für den Pflegesatzzeitraum 1997 vereinbart oder festgesetzt wurden, wird klargestellt, daß auch diesen Vereinbarungen die in Bezug genommenen Vorschriften zugrunde zu legen sind. Die Pflegesatzvereinbarungen sind ggf. anzupassen.

Zu § 2

Der Betrag nach Satz 1 dient der Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von 1997 bis 1999 im Hinblick auf die Finanzierung von Instandhaltungsmaßnahmen in Krankenhäusern, die nach § 17 Abs. 4b Satz 2 in Verbindung mit Satz 1 KHG (siehe Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe c pflegesatzfähig sind. Es handelt sich um einen befristeten zusätzlichen Sozialversicherungsbeitrag.

Die Regelung in Satz 3 hat zur Folge, daß der zusätzliche Beitrag der Versicherten in den Ländern nicht erhoben wird, in denen das Land die Kosten für die in § 17 Abs. 4b Satz 2 KHG genannten Maßnahmen trägt.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1 (Artikel 6)

Die Ausgleichsregelung für Organtransplantationen tritt rückwirkend zum 1. Januar 1996, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996, in Kraft.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift über rechtliche Klarstellungen und die Einführung von Säumniszuschlägen im Risikostrukturausgleich tritt zum (1. Lesung) in Kraft, weil sie bereits für die im Dezember 1996 vorgesehene Durchführung der Jahresausgleiche gelten soll.

Zu Absatz 3 (Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe c, Artikel 7 bis 9)

Das Budget und die Pflegesätze der Krankenhäuser gelten jeweils für ein ganzes Pflegesatzjahr, das dem Kalenderjahr entspricht. Dementsprechend müssen die betreffenden Vorschriften bereits zum 1. Januar 1997 Geltung erlangen.

Zu Absatz 4

Da die Umsetzung des Festzuschußkonzepts durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, gilt das bisherige Recht zur Versorgung mit Zahnersatz bis zur Veröffentlichung aller Festzuschüsse nach § 30a im Bundesanzeiger weiter. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Beteiligten die Festzuschüsse zügig festsetzen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten, soweit nicht eine Sonderregelung nach den Absätzen 1 bis 4 eingreift.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen dieses Gesetzes führen gemeinsam mit dem „Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung" und dem von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten „1. Gesetz zur Neuordnung der Selbstverwaltung und Eigenverantwortung der GKV" zu einer Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu einer Stabilisierung des Beitragssatzniveaus.

Der Gesetzentwurf beruht im wesentlichen auf strukturellen Maßnahmen, die die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, auf wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsinanspruchnahme hinzuwirken, entscheidend verbessern. Die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich von Satzungsleistungen ermöglichen den Krankenkassen, ihre Ausgaben zur Vermeidung von Beitragssatzanhebungen zu senken. In welchem Umfang diese Möglichkeiten genutzt werden, läßt sich nicht quantifizieren. Auch 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 der Leistungserbringer zu steigern, ohne daß die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigt wird.

Durch die Fortsetzung der Reform in der stationären Versorgung wird die Verantwortung der Vertragspartner für eine Ausgabenbegrenzung und Beitragssatzstabilisierung im größten Leistungssektor der gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt.

Unmittelbare finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung von jährlich rd. 2 Mrd. DM ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung ab Inkrafttreten dieses Gesetzes durch die Herausnahme bestimmter Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) aus dem durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanzierten Leistungskatalog.

Weitere finanzielle Entlastungen ergeben sich durch die mit diesem Gesetz vorgesehene Dynamisierung der Zuzahlungen in Anlehnung an die Entwicklung der Bezugsgröße von

- Arzneimittel ca. 350 Mio. DM (erstmalig ab 2000)
- Krankenhausbehandlung ca. 80 Mio. DM (erstmalig ab 1998)
- Fahrkosten ca. 10 Mio. DM (erstmalig ab 1998)
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ca. 10 Mio. DM (erstmalig ab 2000).

Durch die Regelungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung entstehen aufgrund der Verbesserung der Prophylaxe in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben von rd. 290 Mio. DM. Diesen Mehrausgaben stehen Entlastungen durch die Ausgrenzung von Keramikverblendungen in gleicher Höhe gegenüber. Darüber hinaus ergeben sich in ihrer finanziellen Auswirkung nicht quantifizierbare Entlastungen dadurch, daß mit dem Gesetz wirksame Anreize zur Vermeidung von Zahnschäden und zur Inanspruchnahme von weniger aufwendigem Zahnersatz geschaffen werden. Die durchschnittlichen Fallkosten je Versicherten für prothetische Leistungen dürften zukünftig deutlich sinken.

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch dieses Gesetz in den Jahren 1997 bis 1999 durch die Übernahme von Instandhaltungsinvestitionen Mehraufwendungen in einer Größenordnung von jährlich ca. 880 Mio. DM, die durch einen befristeten zusätzlichen Beitrag der GKV-Mitglieder außerhalb der hälftigen Beitragsfinanzierung getragen werden.

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 einer Größenordnung von ca. 20 Mio. DM.

D. Preiswirkungsklausel

Das Gesetz 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.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0722-8333