

Beschlußempfehlung und Bericht **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)**

zu dem

- 1. 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)
– Drucksache 13/6087 –**

- 2. Antrag der Fraktion der SPD
Sofortprogramm zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in den Krankenkassen
– Drucksache 13/5726 –**

- 3. Antrag der Abgeordneten Horst Schmidtbauer (Nürnberg), Klaus Kirschner,
Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
Rettungsdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung
– Drucksache 13/6578 –**

A. Problem

1. Antrag der Fraktion der SPD (Sofortprogramm)

Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich in einer ersten Finanzkrise, die zu einem jährlichen Defizit von bis zu 10 Mrd. DM führen wird. Die sich daraus ergebenden höheren Krankenversicherungsbeiträge bewirken eine weitere Destabilisierung der Lohnnebenkosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft und erhöhen abermals die Abgabenlast der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie für Arbeitgeber.

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

Die Sicherung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitiger Stabilisierung des Beitragssatzniveaus ist unverzichtbare Voraussetzung dafür, daß die gesetzliche Krankenversicherung 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.

3. Antrag der Fraktion der SPD (Rettungsdienst)

Die Bundesregierung soll aufgefordert werden, unverzüglich die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes neu zu regeln. In Zukunft soll die Sicherstellung durch die Rettungsdienstträger erfolgen, woran die Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden können. Die Bundesregierung soll die rechtlichen Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes sowie über deren Vergütung im Rahmen des Landesrechts mit den Anbietern schließen können.

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 gesetzlichen Krankenkassen werden in den Jahren 1997 bis 1999 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.

Der Ausschuß hat eine Vielzahl von Änderungsanträgen, die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebracht worden waren, mehrheitlich angenommen. Diese haben vor allem folgende Inhalte:

- partnerschaftliche Gestaltung bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Ablösung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen,
- Einführung einer Regelgesamtvergütung mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Anspruch auf einen Zuschuß zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen.

Mehrheitsentscheidung im Ausschuß

C. Alternativen

Die Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie das Mitglied der Gruppe der PDS lehnten den Gesetzentwurf ab. Sie verwiesen auf die Annahme ihrer Anträge. Danach sollen folgende unmittelbar wirksame Maßnahmen verwirklicht werden:

1. Nach Auslaufen der sektoralen Budgetierung soll ein Globalbudget bei den Krankenkassen eingeführt werden.
2. In der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung soll der Patient zukünftig jede einzelne erbrachte Leistung beim Leistungserbringer schriftlich bestätigen; die Patientenchipkarte soll so verändert werden, daß sie ohne hausärztliche Überweisung nur einen einmaligen direkten Facharztbesuch je Quartal ermöglicht; im Rahmen des Budgets für die ambulante ärztliche Versorgung soll ein getrenntes, ausreichend ausgestattetes Budget für die Hausärzte eingeführt werden.
3. In der Krankenhausversorgung soll die Umsetzung der 4. Stufe der Pflege-Personalregelung den strukturellen Veränderungen angepaßt werden, und es sollen unverzüglich Vorbereitungen zum Abbau von Überkapazitäten eingeleitet werden.
4. In der Arzneimittelversorgung soll sichergestellt werden, daß Überschreitungen des Arzneimittelbudgets entsprechend der bestehenden gesetzlichen Regelung im Wege des Regresses bei den Vertragsärzten wieder ausgeglichen werden. Die Streichung der Positivliste soll rückgängig gemacht werden.
5. Mit einer gedrosselten Vergütung soll einer überzogenen Nutzung der medizinisch-technischen Großgeräte entgegenge wirkt werden.
6. Der prozentuale Zuschuß zu Zahnersatzleistungen für alle Versicherten soll wieder eingeführt werden.
7. In der stationären Rehabilitation sollen die Voraussetzungen, unter denen Leistungen gewährt werden, präzisiert werden und den Bedingungen in der Rentenversicherung angepaßt werden.
8. Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz eingeführte 10%ige Kürzung des Krankengeldes soll zurückgenommen werden.
9. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung soll eine Senkung des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte herbeigeführt werden.
10. Durch die Aufhebung der Befreiung geringfügig Beschäftigter von der Sozialversicherungspflicht soll der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkt gesenkt werden.
11. Die mit der Kürzung der Lohnfortzahlung um 20% herbeigeführte Mindereinnahme der Krankenkassen in Höhe von 1 Mrd. DM soll durch Aufhebung der Kürzung der Lohnfortzahlung korrigiert werden.
12. Nach diesen in einem Sofortprogramm zu realisierenden Maßnahmen sollen weitere mittel- und längerfristig umzusetzende Veränderungen, wie z. B. die Schaffung von Möglichkeiten zur Einführung neuer Versorgungsalternativen, der schrittweisen Überführung der dualen Krankenhausfinanzierung aus einer Hand sowie die durchgängige leistungsorientierte Krankenhausvergütung und die Mitverantwortung der Krankenkassen in der Krankenhausbedarfsplanung folgen.

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 Beitragsätze der Krankenkassen und damit auch der Stabilisierung der Lohnnebenkosten der Wirtschaft. Mehraufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung 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.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/6087 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
2. den Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 13/5726 – abzulehnen und
3. den Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 13/6578 – für erledigt zu erklären.

Bonn, den 17. März 1997

Der Ausschuß für Gesundheit

Dr. Dieter Thomae
Vorsitzender

Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG)
– Drucksache 13/6087 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

Entwurf

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – Drucksache 13/6087 –

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

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) – Drucksache 13/6087 –

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 1a Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 2a Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 2b Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995
- Artikel 3 Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 4 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 5a Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes
- Artikel 6 Maßgaben zur Anwendung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
- Artikel 7 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
- Artikel 8 Änderung der Abgrenzungsverordnung
- Artikel 9 Aufhebung der Pflege-Personalregelung
- Artikel 9a Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Entwurf

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 § 95 b 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.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 9b Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Artikel 10 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Artikel 11 Übergangsvorschriften

Artikel 11a Änderung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes

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. unverändert

2. entfällt

3. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- 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.“

4. entfällt

5. § 26 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Untersuchungen“ die Worte „sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung“ eingefügt.

- b) Folgende Sätze werden 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 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.“

- 5a. § 28 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 8 werden die Worte „implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion,“ gestrichen.

- b) Nach Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das gleiche gilt für implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, es sei denn, es liegen seltene vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

diese Leistungen als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.“

5b. § 29 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Übernahme“ durch das Wort „Erstattung“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht nach Absatz 1 Satz 1 und 2, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an den Versicherten zahlt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten. Abrechnungsgrundlage ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztliche Leistungen. Der Vertragszahnarzt darf seine Leistungen nicht von einer Vorleistung des Versicherten abhängig machen.“

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 Seitenzahngelände 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 die folgenden 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

6. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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:

„§ 30 a

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 Versorgungsformen.

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt nach Anhörung des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und

7. Nach § 30 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 30 a

Festsetzung der Festzuschüsse

(1) unverändert

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt die Zuordnung der einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu den von ihm zu standardisierenden

Entwurf

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 Gebührensatzes zugrunde zu legen. 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 Blutteststreifen.“

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.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

den Versorgungsformen, für die Festzuschüsse festzusetzen sind, **und setzt bis zum 31. Oktober 1997 die Höhe der Festzuschüsse getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet fest. Vor der Entscheidung des Bundesausschusses ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen.** § 94 Abs. 1 Satz 1 und 2 sowie Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) 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 **1,86fache** des um den im Beitrittsgebiet für die Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Zahnärzte jeweils geltenden Vergütungsabschlag verminderten Gebührensatzes zugrunde zu legen. 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 zu ermitteln ist. Der Festzuschuß umfaßt 50 vom Hundert der Beträge nach **den Sätzen 1 bis 3**. 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 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 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 Blutteststreifen.“

b) In Absatz 3 werden die Zahl „4“ durch die Zahl „9“, die Zahl „6“ durch die Zahl „11“ und die Zahl „8“ durch die Zahl „13“ ersetzt.

9. In § 32 Abs. 2 Satz 1 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „15“ ersetzt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(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.

10. Dem § 33 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 vom Hundert des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag.“

11. In § 39 Abs. 4 Satz 1 wird die Zahl „12“ durch die Zahl „17“ ersetzt.

- 11a. Nach § 39 wird folgender § 39 a eingefügt:

„§ 39 a

Stationäre Hospize

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuß zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

12. Dem § 40 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen gemeinsam und einheitlich und unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für

Entwurf

(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

Beschlüsse des 14. Ausschusses

eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

13. Dem § 43 werden die folgenden Sätze angefügt:

„§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 Satz 1 bis 4, § 33 Abs. 2 Satz 3 und § 60 sind auch dann anzuwenden, wenn die in diesen Vorschriften genannten Leistungen nicht jeweils einzeln vergütet werden. Für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist, gilt § 40 Abs. 6 und 7 entsprechend; Satz 2 gilt nicht."

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 können (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich **der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach § 106 Abs. 2 Satz 2 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1** 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 **einschließlich der nicht vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteile**. Der Rückzahlungsbetrag wird

Entwurf

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 24 b 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 30 a), 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 den Absätzen 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.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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, **den** §§ 24 bis 24 b 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 **innerhalb einer Zuzahlungsart ist nicht zulässig**. 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) **unverändert**

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung kraft oder auf Grund Gesetzes oder Satzung ausgeschlossene Leistungen vorsehen. **Soweit das Vierte Kapitel der Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern regelt (§ 69), ist die Inanspruchnahme dort nicht genannter Leistungserbringer nicht zulässig.**

(3) **unverändert**

(4) **unverändert**

15. **In § 60 Abs. 2 Satz 1 und 3 wird die Angabe „20“ jeweils durch die Angabe „25“ ersetzt**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(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 § 62 a eingefügt:

„§ 62 a

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.“

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

a) In Nummer 1 wird hinter dem Wort „Heilmitteln“ ein Komma und das Wort „Hilfsmitteln“ eingefügt

b) Nummer 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 wie folgt gefaßt:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zum Festzuschuß nach § 30 einen anteiligen Betrag zu übernehmen. Sie erstattet dem Versicherten den Betrag, um den der Festzuschuß nach § 30 Abs. 1 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Die Gesamterstattung umfaßt höchstens einen Betrag in Höhe des zweifachen Festzuschusses nach § 30 Abs. 1.“

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

„§ 62 a

Anpassung der Zuzahlungsbeträge

(1) Die in § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3 sowie § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden 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. März des Kalenderjahres, in dem die Anpassung zu erfolgen hat, erstmals bis zum 15. März 1999, im Bundesanzeiger bekannt.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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*

19. unverändert

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

„ § 63

Grundsätze

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) unverändert

(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 **und Medizinprodukten** 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.

Entwurf

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 § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(6) unverändert

§ 64

Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können, soweit die **ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen** 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) unverändert

(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 § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anrufen. **Vereinbaren alle gemäß § 18 Abs. 2 des Krankenhaus-**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 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.“

§ 65

unverändert

finanzierungsgesetzes an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam ein Modellvorhaben, das die gesamten mit dem Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung vergüteten Leistungen eines Krankenhauses für Versicherte erfaßt, sind die vereinbarten Entgelte für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen. Sie können vorsehen, daß der Vertragsarzt, der vom Versicherten weder als erster Arzt in einem Behandlungsquartal noch mit Überweisung noch zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch genommen wird, von diesem Versicherten verlangen kann, daß die bei ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden.

21. unverändert
22. unverändert

22a. Nach § 73 wird folgender § 73 a eingefügt:

„§ 73 a

Strukturverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Versorgungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; § 71 Abs. 1 gilt. Sie können für nach Satz 1 bestimmte Leistungen ein Budget vereinbaren. Das Budget umfaßt Aufwendungen

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

für die von beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen; in die Budgetverantwortung können die veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie weitere Leistungsbereiche einbezogen werden. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 getroffenen Leistungsbewertungen abweichen. Die Teilnahme von Versicherten und Vertragsärzten ist freiwillig.

(2) Die Vertragspartner der Verträge nach § 82 Abs. 1 können Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Vereinbarungen nach Absatz 1 treffen, die von den Vertragspartnern nach Absatz 1 unter Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse ausgestaltet werden können. Sie schaffen in den Bestimmungen der Bundesmantelverträge die Voraussetzungen zur Durchführung der Verträge nach Absatz 1.“

22b. § 75 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

22c. In § 76 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Die Partner der Verträge nach § 82 Abs. 1 haben geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, die einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten entgegenwirken und den Informationsaustausch zwischen vor- und nachbehandelnden Ärzten gewährleisten.“

22d. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 haben die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln getrennt zu vereinbaren; § 71 Abs. 1 gilt entsprechend. Vereinbarungen nach Satz 1 lösen das Budget nach Absatz 1 ab. Die Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel und für Heilmittel auch gemeinsam festgesetzt werden.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

23. § 85 wird wie folgt geändert:

23. § 85 wird wie folgt geändert:

- c) In Absatz 5 werden die Worte „Vereinbarungen für das Folgejahr“ durch das Wort „Folgevereinbarungen“ ersetzt.

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung wird auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach vereinbarten Punktwerten festgesetzt. In der Vereinbarung nach Satz 2 werden Werte für das arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt bestimmt. Das Regelleistungsvolumen wird bestimmt nach den Kriterien Fallwert, Fallzahl, bedarfsgerechte Versorgung, Zahl und Altersstruktur der Versicherten sowie Kriterien zur Begrenzung der Menge der erbrachten Leistungen auf das medizinisch Notwendige. Die Arztgruppen werden bestimmt unter Berücksichtigung der Gebiete und Teilgebiete des Weiterbildungsrechts; dies gilt entsprechend für die nach § 135 Abs. 2 zu vereinbarenden Qualifikationsnachweise sowie für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) des Weiterbildungsrechts, sofern der umfaßte Leistungsbereich einen Praxisschwerpunkt in der vertragsärztlichen Versorgung darstellt. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, wird der vereinbarte Punktwert bei der Vergütung dieser Mehrleistungen abgestaffelt; für einen besonderen medizinischen Versorgungsbedarf kann hiervon abgewichen werden. Die Vereinbarung nach Satz 2 bestimmt die Stufen und die Höhe der Abstufelung. Für Zusammenschlüsse von Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung sind die Werte für das Regelleistungsvolumen zusammenzufassen; die Bildung ärztlicher Zusammenschlüsse ist zu unterstützen. Abweichend von Satz 2 kann die Gesamtvergütung als Festbetrag, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Die Sätze 3 bis 8 und 11 gelten nicht für Vertragszahnärzte.“

Entwurf

- a) Absatz 2 a wird aufgehoben.
- b) Nach Absatz 2 b 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 4 a wird Satz 2 aufgehoben.
- d) In Absatz 4 a wird Satz 2 aufgehoben.

24. § 87 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 a werden die folgenden 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 2 b werden die Sätze 3 bis 5 aufgehoben.

25. Nach § 87 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 87 a

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

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) Absatz 2 a wird aufgehoben.
- c) Nach Absatz 2 b 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.“
- d) In Absatz 4 a wird Satz 2 aufgehoben.
- e) Die Absätze 4 b bis 4 f werden aufgehoben.

24. unverändert

25. Nach § 87 wird folgender § 87 a eingefügt:

„§ 87 a

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 bis zum 31. Dezember 1999 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 1,86fache 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. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädischer Behandlung von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.“

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

27. unverändert

27a. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 werden nach dem Wort „Hilfsmitteln“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Wörter „und häuslicher Krankenpflege“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3 a) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer und der Apotheker sowie den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

c) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist den in § 111 a Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. In den Richtlinien ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Vertragsärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.“

d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz eingefügt:

„(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz eingefügt:

„(7) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 sind insbesondere zu regeln

- 1. die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung und**
- 2. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus.**

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 132 a Abs. 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

- f) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8.

27b. In § 95 Abs. 9 Satz 2 werden nach dem Wort „Zulassungsverordnungen“ die Wörter „und die Richtlinien der Bundesausschüsse“ eingefügt.

27c. § 101 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgenden Nummern angefügt:

„4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets ausüben will und sich die Partner der Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,

5. Regelungen für die Anstellung eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesent-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

lich überschreitet; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.“

bb) Satz 5 wird gestrichen.

b) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:

„(2) Die Bundesausschüsse haben die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 3 und 4 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist

1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt,
3. zur Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung oder
4. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung.

Bei Anpassungen oder Neufestlegungen ist die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen.

(3) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 erhält der Arzt eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. Die Beschränkung und die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Endet die Beschränkung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet. Im Fall der Praxisfortführung nach § 103 Abs. 4 ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung des in Absatz 1 Nr. 4 genannten Arztes erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. Für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.“

27d. Dem § 103 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluß von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- 27e. § 104 wird wie folgt geändert:
In § 104 Abs. 2 werden die Worte „über die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie“ gestrichen.
28. In § 106 Abs. 3 Satz 5 werden die Angaben „den §§ 29, 30 und 64“ durch die Angabe „§ 64“ ersetzt.
28. unverändert
29. Nach § 108 wird folgender § 108 a eingefügt:
 „§ 108 a
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.“
29. unverändert

- 29a. Nach § 111 wird folgender § 111 a eingefügt:

„§ 111 a

Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 gemeinsam Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sowie ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen abgeben; für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört, in den Empfehlungen sind insbesondere zu regeln

1. die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
2. ein Katalog von Indikationen,
3. die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten,
4. aus medizinischen Gründen notwendige Abweichungen von der gesetzlichen Regeldauer von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

5. **Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,**
6. **Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse,**
7. **Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,**
8. **Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens.**
- Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zu der Regelung nach Satz 2 Nr. 5 auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen.“
30. In § 115 a Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§ 18 a“ durch die Angabe „§ 18 a Abs. 1“ ersetzt.
30. unverändert
- 30a. In § 115 b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 und die Richtlinien nach § 135 Abs. 3 zu berücksichtigen.“
31. In § 120 Abs. 4 wird die Angabe „§ 18 a“ durch die Angabe „§ 18 a Abs. 1“ ersetzt.
31. unverändert
32. § 122 wird aufgehoben.
32. unverändert
- 32a. § 125 wird wie folgt gefaßt:
„§ 125
Rahmenempfehlungen und Verträge
(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluß der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:
1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.“

32b. § 128 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

32c. § 132 wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden die Worte „häuslicher Krankenpflege und“ gestrichen.
2. In Absatz 1 werden die Worte „von häuslicher Krankenpflege und“ gestrichen.

32d. Nach § 132 wird folgender § 132 a eingefügt:

„§ 132 a

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluß der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. **Eignung der Leistungserbringer,**
3. **Maßnahmen zur Qualitätssicherung,**
4. **Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,**
5. **Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung und**
6. **Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen.**
- (2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“**
- 32e. § 134 Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.**
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.
- 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 **in der jeweiligen Therapierichtung,**
 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.

Entwurf

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.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:

„(2) Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.“

c) Absatz 5 wird aufgehoben.

33a. Nach § 137 werden die folgenden §§ 137 a und 137 b eingefügt:

„§ 137 a

Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen
im Krankenhaus

(1) Die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam legen in Empfehlungen die ärztlichen Leistungen fest, für die besondere Maßnahmen

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

zur Sicherung der Qualität der Behandlung und ihres Ergebnisses unter Berücksichtigung der ärztlichen Qualifikation vorzusehen sind.

(2) Für die Leistungen, deren Qualität nach Absatz 1 gesichert werden soll, beschließt die Bundesärztekammer Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen, soweit sie die ärztliche Berufsausübung betreffen. Bei der Entwicklung der Anforderungen ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben eine Rahmenempfehlung nach § 112 Abs. 5 über die Umsetzung der Anforderungen ab. Die Vereinbarung enthält auch Empfehlungen über die Prüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die nach § 137 Satz 4 beteiligten Ärztekammern sowie über die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 137 b

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.“

33b. In § 175 Abs. 4 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz oder verändert sie Leistungen, über deren Art und Umfang sie entscheiden kann, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung oder der Leistungsveränderung folgenden Kalendermonats möglich.“

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.“

34. entfällt

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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.“

35. unverändert

35a. In § 275 Abs. 3 a werden die Wörter „oder zu den Pflegestufen nach §§ 4 und 9 der Pflege-Personalregelung“ gestrichen.

35b. § 303 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Worte „ab 1. Januar 1995“ gestrichen.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.“

36. § 305 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen unterrichten die Versicherten schriftlich über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Satz 1 gilt auch für Vertragszahnärzte. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 in den Bundesmantelverträgen. Die Krankenhäu-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ser unterrichten die Versicherten schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Abschluß der Krankenhausbehandlung über die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte; das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch Vertrag.“

37. § 310 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „9“ durch die Zahl „14“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die in Satz 1 genannten Zuzahlungsbeiträge gilt § 62 a entsprechend.“

Artikel 1 a

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

In § 30 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird die Angabe „50 vom Hundert“ durch die Angabe „45 vom Hundert“ ersetzt.

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 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 8 Abs. 3 wird aufgehoben.

2. In § 48 Abs. 1 Satz 1 werden nach Angabe „§ 42 Abs. 1“ die Worte „sowie nach § 56 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 2 a

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Dem § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das 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.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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.“

Artikel 2 b**Änderung des Agrarsozialreformgesetzes 1995**

In Artikel 48 Abs. 5 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890), das zuletzt durch . . . geändert worden ist, wird die Angabe „1999“ durch die Angabe „2001“ ersetzt.

Artikel 3

unverändert

Artikel 4

unverändert

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. unverändert
2. unverändert
3. unverändert

Entwurf

4. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 a 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 zugrunde zu legen 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 § 18 a 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 zugrunde zu legen. 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.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 a 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 zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 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. **Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzungen betroffen sind.** Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18 a 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 zugrunde zu legen. Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab dem 1. 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) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) Nach Absatz 4 a 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 § 18 a Abs. 1“ eingefügt.

6. Dem § 18 a 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.“

- c) unverändert

5. unverändert

6. Dem § 18 a 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 31. August 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.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

7. unverändert

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

7a. § 19 Abs. 2 wird aufgehoben. Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

8. unverändert

Artikel 5 a

Änderung des Gesundheitsstrukturgesetzes

Artikel 14 Abs. 3 Satz 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Gesetz vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1986) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beteiligen sich die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionsprogrammen nach Absatz 2 in den Jahren 1995 bis 1997 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von acht Deutsche Mark und in den Jahren 1998 bis 2014 in Höhe von elf Deutsche Mark für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage.“

Artikel 6

Änderung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996

Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 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:

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

Artikel 6

Maßnahmen zur Anwendung des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996

Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vom 29. April 1996 (BGBl. I S. 654) ist mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. Anstelle von § 1 Abs. 1 Satz 2 bis 4 ist folgende Fassung anzuwenden:

„Der Gesamtbetrag darf nicht höher sein als die Berechnungsgrundlage nach § 2 für das Jahr 1995, erhöht um 1,106 vom Hundert im Beitrittsgebiet und 0,855 vom Hundert im übrigen Bundesgebiet; die Beträge nach Absatz 2 sind zusätzlich einzurechnen.“

2. § 3 Abs. 2 Satz 1 ist in folgender Fassung anzusetzen:

„Mehrerrlöse auf Grund von Transplantationen, die gegenüber dem Vorjahr zusätzlich erbracht wurden, werden zu 50 vom Hundert, Mehrerrlöse auf Grund der Behandlung von Blutern werden nicht ausgeglichen; andere Erlöse einschließlich der Ausgleichs nach § 12 Abs. 4 und § 11 Abs. 8 sind vollständig auszugleichen, soweit sie den Gesamtbetrag nach § 1 abzüglich der darin enthaltenen Entgelte für Transplantationen und die Behandlung von Blutern überschreiten.“

3. § 3 Abs. 3 ist über den 31. Dezember 1996 hinaus anzuwenden.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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 sieben 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 § 18 a 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 § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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. In § 4 werden in Nummer 3 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 gestrichen.

1a. § 6 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) In Absatz 3 wird Satz 1 durch die folgenden 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 **der Krankenhausplanung** oder des Investitionsprogramms des Landes oder
3. die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Entwurf

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 Ausgleich, 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 Mehrererlöse zu 75 vom Hundert und Minderererlöse zu 50 vom Hundert ausgeglichen.“

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Mehrererlöse 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 § 18 a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Vomhundertsatz fest.“

4. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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. **Übersteigt die von den Tarifvertragsparteien vereinbarte lineare Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag die nach Absatz 1 vereinbarte Veränderungsrate, wird das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt. Für den Berichtigungsbeitrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 entsprechend.“**

2. § 7 wird wie folgt **geändert**:

a) 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 Ausgleich, 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,“.

b) In Absatz 2 wird Satz 2 Nr. 2 gestrichen.

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

a) unverändert

b) unverändert

c) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „nach § 11 Abs. 2 Satz 3“ gestrichen.

4. § 12 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- 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) Die folgenden 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.“
- b) unverändert
- c) unverändert
- d) unverändert
- e) **In Absatz 7 wird folgender neuer Satz 1 eingefügt:**
- „Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden.“**
5. unverändert
6. In § 17 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- a) **In Satz 5 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Halbsätze angefügt:**
- „die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren den einheitlichen Aufbau der zu übermittelnden Datensätze; für die Verbindlichkeit der Vereinbarung gilt § 17 Abs. 2 a Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.“**
- b) In Satz 8 wird die Angabe „31. Mai“ ersetzt durch die Angabe „31. August“.
7. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

8. § 28 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden nach der Angabe „(BGBI. I S. 2266)“ die Wörter „und nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 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. In Anlage 3 wird

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

aa) Folgende neue Nummer 13 wird eingefügt:

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

8. § 28 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 8 wird **wie folgt gefaßt**:

„(8) Bezugsgröße für die Einhaltung der Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 und 3 ist für das Jahr 1997 der nach § 1 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vereinbarte Gesamtbetrag. Von diesem sind abzuziehen die Anteile für das ambulante Operieren, 90 vom Hundert der Anteile für vor- und nachstehende Behandlung und 67 vom Hundert des Erhöhungsbetrags, der auf Grund des § 1 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 in den Gesamtbetrag eingerechnet wurde, sowie außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 1997 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt. Hinzuzurechnen sind die Veränderungen der Abzugsbeträge für wahlärztliche Leistungen und gesondert berechenbare Unterkunft nach § 7 Abs. 2, soweit die veränderten Vorgaben noch nicht umgesetzt worden sind. Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge, die in dem Gesamtbetrag berücksichtigt sind, sind herauszurechnen. Der Betrag nach ‚K 5, lfd. Nr. 9‘ der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung darf für das Jahr 1997 nicht höher sein, als die nach den Sätzen 2 bis 4 berichtigte und um den Vomhundertsatz nach Absatz 13 Satz 1 erhöhte Bezugsgröße; dies gilt nicht für die Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 3 Satz 1, auch soweit diese bei Fallpauschalen- und Sonderentgeltleistungen zu Kostenerhöhungen führen.“

c) unverändert

d) unverändert

9. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- bb) Die Nummer 16 „Wagniszuschlag nach § 12 Abs. 6 Satz 5“ wird gestrichen.
- cc) Die bisherigen Nummern 13 bis 15 werden Nummern 14 bis 16.
- b) Abschnitt „K 6“ wird wie folgt geändert: b) entfällt
- 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: c) entfällt
- 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**Artikel 8****Änderung der Abgrenzungsverordnung**

unverändert

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.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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 9

unverändert

Artikel 9 a**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung zuletzt geändert durch Artikel 102 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512), wird wie folgt geändert:

1. § 16 a wird gestrichen.
2. In § 16 b Abs. 1 wird der Satz 4 gestrichen.
3. In § 32 b Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Worte „desselben Fachgebietes“ eingefügt.
4. In § 32 b Abs. 2 wird der Satz 3 gestrichen.

Artikel 9 b**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 103 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512), wird wie folgt geändert:

1. § 16 a wird gestrichen.
2. In § 16 b Abs. 1 wird der Satz 4 gestrichen.
3. In § 32 b Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Zahnärzte“ die Worte „desselben Fachgebietes“ eingefügt.
4. In § 32 b Abs. 2 wird der Satz 3 gestrichen.

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 10**Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang**

Die auf den Artikeln 4, 7, 8 9 a und 9 b 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 zugrunde zu legen.

Artikel 11**Übergangsvorschriften**

§ 1

unverändert

Entwurf

§ 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. 4 b 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.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 2

unverändert

§ 3

Sofern der Zulassungsausschuß bis zum ... (Inkrafttreten des Gesetzes) nach § 32 b Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte dem Vertragsarzt die Anstellung eines Arztes genehmigt hat, ist der Vertragsarzt nicht zur Leistungsbeschränkung verpflichtet. Die ganztags beschäftigten Ärzte sind bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mit dem Faktor 1, die halbtags beschäftigten Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzurechnen. Die Sätze 1 und 2 gelten für Vertragszahnärzte entsprechend.

Artikel 11 a

Änderung des 1. GKV-Neuordnungsgesetzes

In Artikel 3 Satz 1 des Ersten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom ... (BGBl. I S. ...) wird die Angabe „8. Oktober 1996“ durch die Angabe „11. März 1997“ ersetzt.

Artikel 12
Inkrafttreten

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) Mit Wirkung vom 1. Januar 1997 treten **Artikel 1 Nr. 11 a**, Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe c und die Artikel 7 bis 9 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 6, 16, **17**, 25 bis **27**, 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.

(4a) Am 1. Januar 1998 tritt Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe a in Kraft.

(5) unverändert

Bericht des Abgeordneten Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 13/5726 – in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur alleinigen Beratung überwiesen.

Den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. hat der Deutsche Bundestag in seiner 139. Sitzung am 15. November 1996 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Ausschuß für Wirtschaft, den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus sowie den Haushaltsausschuß zur Mitberatung überwiesen. In seiner 145. Sitzung am 5. Dezember 1996 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf nachträglich dem Ausschuß für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

Den Antrag der Fraktion der SPD zum Rettungsdienst hat der Deutsche Bundestag in seiner 157. Sitzung am 20. Februar 1997 im vereinfachten Verfahren dem Ausschuß für Gesundheit zur alleinigen Beratung überwiesen.

a) Mitberatende Voten

Der Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus empfahl mehrheitlich in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 1996, dem Gesetzentwurf zuzustimmen. Der Ausschuß für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung empfahl in seiner Stellungnahme vom 19. März 1997 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS die Annahme des Gesetzentwurfs. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung empfahl in seiner Stellungnahme vom 19. März 1997 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS die Annahme des Gesetzentwurfs. Der Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschloß in seiner Stellungnahme vom 19. März 1997 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Abwesenheit der Fraktion der F.D.P., auf die Abgabe des mitberatenden Votums zu verzichten. Der Haushaltsausschuß hat in seiner Stellungnahme vom 19. März 1997 mehrheitlich mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen und gegen die Stimmen der Fraktion der SPD, den Stimmen der Fraktion BÜND-

NIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS empfohlen, der Vorlage zuzustimmen. Der Ausschuß für Wirtschaft hat in seiner Stellungnahme vom 19. März 1997 mehrheitlich mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen und gegen die Stimmen der Fraktion der SPD, den Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS empfohlen, der Vorlage zuzustimmen.

b) Zum Beratungsverfahren im federführenden Ausschuß

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung des Antrags der Fraktion der SPD und des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in seiner 75. Sitzung am 4. Dezember 1996 aufgenommen. Zuvor hatte er schon in seiner 74. Sitzung am 13. November 1996 vorbehaltlich der Überweisung beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen.

Diese Anhörung fand am 4. Dezember 1996 statt, zu der die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände Deutschlands, Köln; der Deutsche Gewerkschaftsbund, Düsseldorf; die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg; der Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn; der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg; der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; der Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach; die Bundesknappschaft, Bochum; das Bundesversicherungsamt, Berlin; der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln; der Bundesbeauftragte für den Datenschutz, Bonn; die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bonn; der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Mühlheim; der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V., Stuttgart; der Deutsche Caritas Verband e. V., Freiburg; die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, Köln; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf; der Deutsche Städtetag, Köln; der Deutsche Städte- und Gemeindebund, Düsseldorf; DLT, der Landkreistag, Bonn; Der Bevollmächtigte des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der EG, Bonn; das Kommissariat der Bischöfe – Katholisches Büro Bonn –, Bonn; die Bundesärztekammer, Köln; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, Köln; der Hartmannbund, Bonn; der NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte, Köln; der Marburger Bund, Köln; die ÖTV, Stuttgart; der Deutsche Beamtenbund, Bonn; der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Frankfurt/M.; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; die Bundeszahnärztekammer, Köln; der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Bonn; der Verein Demokratischer Zahnmedizin, Bonn; der DAZ im

NAV-Virchow Bund, Köln; die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Eschborn; der Bundesfachverband Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt/M.; der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels PHAGRO e. V., Frankfurt am Main; der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; der Verband Aktiver Pharmaunternehmen, Tauting; die Hufeland-Gesellschaft für Gesamtmedizin e. V., Karlsruhe; die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Bonn; Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Frankfurt/M.; die BAG Hilfe für Behinderte e. V., Düsseldorf; die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Gießen; die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, Bonn; der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands e. V., Bonn; der Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V., Bonn; die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Marburg; die Aktion Psychisch Kranke, Bonn; die Deutsche Rheuma Liga, Bonn; der Deutsche Sportbund, Frankfurt/Main; der Deutsche Behinderten-Sportverband, Duisburg; der Dachverband der selbstverwaltenden Frauengesundheitsprojekte, Göttingen; der Fachverband Sucht, Bonn; die Bundesvereinigung für Gesundheit, Bonn; die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Hamm; der Deutsche Bäderverband e. V., Bonn; der Wirtschaftsverband deutscher Heilbäder und Kurorte e. V., Bonn; der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen e. V., Essen; der Verband deutscher Badeärzte e. V., Bad Oeynhausen; das Deutsche Rote Kreuz, Bonn; der Malteser Hilfsdienst, Köln; die Johanniter Unfall Hilfe, Bonn; der Arbeiter Samariter Bund, Köln; der Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste e. V., Wiesbaden; der Verband Deutscher Zahntechniker Innungen, Dreieich; der Verband der deutschen feinmechanischen und optischen Industrie e. V., Köln; der Bundesinventionsverband für Orthopädie-Schuhtechnik, Hannover; die Fachvereinigung Medizin Produkte e. V., Köln; der Bundesfachverband Medizinproduktindustrie e. V., Wiesbaden; der Bundesinventionsverband für Orthopädie-Technik, Dortmund; der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Essen; der Arbeitgeberverband Ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover; der Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V., Köln; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e. V., Göttingen; der Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Halle; der Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und Soziale Dienste, Bonn; der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn; die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen, Wiesbaden; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin; die Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege, Hamburg; der Berufsverband Hauskrankenpflege Deutschlands e. V., Hannover; die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V., Bensheim; die Arbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände c/o Verband der Ergotherapeuten e. V., Karlsbad; VDB-Physiotherapieverband e. V., Bonn; der Deutsche Verband für Physiotherapie

– Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V., Köln; der Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V., Hamburg; der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e. V., Karlsbad; der Berufsverband der Atem-Sprech- und Stimmtherapeut/-innen Lehrvereinigungen Schlaffhorst-Andersen e. V., Hamburg; die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V., Berlin; der Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V., Frechen, und der Bundesverband Selbständiger Physiotherapeuten e. V., Bochum, als sachverständige Verbände und Dr. med. Heinz-Harald Abholz, Berlin; Prof. Dr. Bernhard Badura, Bielefeld; Prof. Dr. Thorsten Udo Hausamen, Dortmund; Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg; Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Berlin; Dr. med. Ellis Huber, Berlin; Dr. Hagen Kühn, Berlin; Prof. Günter Neubauer, Neubiberg; Prof. Dr. Peter Oberender, Bayreuth; Dr. Robert Paquet, Hannover; Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover; Dr. med. dent. Harald Strippel, Essen; Prof. Dr. Jürgen Wasem, Troisdorf, und Prof. Eberhard Wille, Mannheim, als Einzelsachverständige geladen worden waren. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und das Wortprotokoll wird Bezug genommen.

Der Ausschuß setzte die Beratung in der 77., 78., 80. und 86. Sitzung mit einer ausführlichen Einführung in die Einzelvorschriften fort. In der 83. Sitzung am 19. Februar 1997 kündigten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Änderungsanträge an, die teilweise die Ergebnisse der Anhörung vom 4. Dezember 1996 aufgriffen, die zum anderen aber auch neue Aspekte enthielten. Diese Änderungsanträge wurden in der 87. Sitzung am 12. März 1997 im Ausschuß eingebracht.

Wegen des Umfangs der Änderungsanträge beantragten die Mitglieder der Fraktion der SPD eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu diesen Änderungsanträgen. Diese Anhörung, zu der die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Köln; der Deutsche Gewerkschaftsbund, Düsseldorf; die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg; die ÖTV, Stuttgart; der AOK-Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn; der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg; der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; der Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach; der Bundesverband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln; der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel-Wilhelmshöhe; der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen e. V., Essen; WiDO c/o AOK BV, Bonn; das Bundesversicherungsamt, Berlin; die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin; der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt; die Bundesärztekammer, Köln; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband –, Köln; der Hartmannbund, Bonn; der Marburger Bund, Köln; die Hufeland-Gesellschaft für Gesamtmedizin e. V., Karlsruhe; die Aktion für Biologische Medizin e. V., Pforzheim; der NAV-Virchowbund, Köln; der Verein

Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Frankfurt/M.; die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln; die Bundeszahnärztekammer, Köln; der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Bonn; die Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin e. V., Bonn; der DAZ im NAV-Virchow Bund, Köln; die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft, Düsseldorf; der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V., Bonn; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf; Der Bevollmächtigte des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der EG, Bonn; das Kommissariat der Deutschen Bischöfe – Katholisches Büro –, Bonn; die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Eschborn; der Bundesfachverband Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V., Frankfurt/M.; der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; der Verband Aktiver Pharmaunternehmen, Tauting; der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Frankfurt; der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe, Essen; der Bundesverband Privater Alten- und Pflegeheime und Sozialer Dienste e. V., Bonn; das Deutsche Müttergenesungswerk, Stein; die Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege, Hamburg; die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Marburg; die Aktion Psychisch Kranke, Bonn; die Deutsche Rheuma Liga, Bonn; der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel; der Fachverband Sucht, Bonn; der Arbeitgeberverband Ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover; der Bundesverband Ambulante Dienste e. V., Essen; das Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Europa, Berlin; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Halle; die BAG der überörtlichen Träger für Sozialhilfe beim LWL, Münster; der Dachverband der Frauengesundheitsprojekte, Göttingen; der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn; der Berufsverband Hauskrankenpflege, Hannover; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin; der Paritätische Wohlfahrtsverband, Frankfurt; die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Düsseldorf; der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner, Bonn; der Reichsbund der Kriegsoffer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V., Bonn; die Arbeiterwohlfahrt, Bonn; der Deutsche Caritasverband e. V., Freiburg i. Br.; das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Stuttgart; die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Gießen; der Deutsche Bäderverband e. V., Bonn; der Wirtschaftsverband deutscher Heilbäder und Kurorte e. V., Bonn; die Arbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände, Karlsbad; der Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Karlsbad; der Physiotherapieverband e. V., Bonn; der Deutsche Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V., Köln; der Verband Physikalische Therapie, Hamburg; der Bundesverband Selbständiger Physiotherapeuten e. V., Bochum; der Berufsverband der Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen, Hamburg; der Deutsche Bundesverband für Logopädie e. V., Frechen; der Verband Deutscher Zahntechniker Innungen, Dreieich; der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Dortmund; der Bundesinnungsverband für Orthopä-

die-Schuhtechnik, Hannover; der Bundesfachverband Medizinproduktindustrie e. V., Wiesbaden, und die Fachvereinigung Medizin Produkte e. V., Köln, als sachverständige Verbände und Dr. Claudie Czerwinski, Bünde; Dr. Gerd Glaeske, Wuppertal; Dr. Klaus Jacobs, Berlin; Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover, und Waldemar Streich, Bielefeld, als Einzelsachverständige geladen waren, fand in der 88. Sitzung am 14. März 1997 statt. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und das Wortprotokoll wird Bezug genommen.

Der Ausschuß setzte seine Beratung in der 89. Sitzung am 17. März 1997 fort und schloß sie in seiner 90. Sitzung am 19. März 1997 ab. Dabei stimmte er dem Gesetzentwurf in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS zu. Den Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 13/5726 – lehnte er mit dem gleichen Stimmenverhältnis ab. Den Antrag der Fraktion der SPD – Drucksache 13/6578 – erklärte der Ausschuß für erledigt.

2. Zum Inhalt der Anträge und des Gesetzentwurfs

a) Antrag der Fraktion der SPD (Sofortprogramm)

Der Antrag der Fraktion der SPD hatte folgenden Wortlaut:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich in einer ernsten Finanzkrise, die im laufenden Jahr zu einem Defizit von bis zu 10 Mrd. DM führen wird. Die sich daraus ergebenden höheren Krankenversicherungsbeiträge bewirken eine weitere Destabilisierung der Lohnnebenkosten, beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft und erhöhen abermals die Abgabenlast für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie für Arbeitgeber.

Die Ursachen für diese Entwicklung lassen sich auf Jahre zurückverfolgen; sie sind beinahe ausschließlich in einer fehlerhaften und einseitigen Sozial- und Gesundheitspolitik der Bundesregierung begründet.

- Mangelnde Bereitschaft zur Umsetzung oder Vorbereitung der im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 beschlossenen Veränderung der Rahmenbedingungen für gesetzliche Krankenversicherung,
- offene Revision von bereits beschlossenen Strukturformen oder kostendämpfenden Maßnahmen,
- milliardenschwere Zusatzlasten für die Krankenkassen zugunsten von Ärzten und pharmazeutischer Industrie

kennzeichnen diese Politik. Der eigentlichen politischen Verpflichtung, den Bürgerinnen und Bürgern durch die soziale Krankenversicherung zu einer leistungsfähigen und bezahlbaren Gesundheitssiche-

rung zu verhelfen, verweigert sich die Bundesregierung in ständig wachsendem Maße. Statt diese allgemeine gesellschaftliche Verpflichtung einzulösen, zielt die Bundesregierung auf die Befriedigung von Sonder- und Einzelinteressen ausgewählter Gruppen.

II.

Der Deutsche Bundestag lehnt eine solche Politik ab, denn sie führt zu einer schleichenden Aushöhlung des sozialstaatlichen Rahmens in Deutschland. Die Bereitstellung eines Gesundheitssystems, in dem alle Menschen unabhängig von ihrer wirtschaftlichen und finanziellen Leistungskraft die gleiche Chance auf Sicherung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben, gehört zu den Eckpfeilern dieses Rahmens.

Der Deutsche Bundestag bekräftigt seine Entschlossenheit, daran festzuhalten. Um die finanzielle Stabilität und die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung zu bewahren, muß der neuen Kostenwelle im Gesundheitswesen gezielt entgegengewirkt werden. Alle Beteiligten müssen einen ausgewogenen Beitrag leisten, wenn die Rationalisierungsréserven unseres Gesundheitssystems, die der Bundesminister für Gesundheit mit 25 Mrd. DM angibt, freigesetzt werden sollen.

III.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihm ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in den Krankenkassen vorzulegen. Dabei müssen folgende unmittelbar wirksame Maßnahmen verwirklicht werden:

1. Nachdem die sektorale Ausgabenbegrenzung (Budgetierung) am 31. Dezember 1995 ausgelaufen ist, muß zum 1. Januar 1997 ein Globalbudget bei den Krankenkassen eingeführt werden. Basis für dieses Globalbudget ist das Jahr 1995, wobei die Fortentwicklung der Krankenkasseneinnahmen in den Jahren 1996 und 1997 berücksichtigt wird. Der Ausgaberahmen wird entsprechend der Einnahmeentwicklung der Krankenkassen weiter fortgeschrieben.
 2. In der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung muß
 - a) der Patient zukünftig jede einzelne erbrachte Leistung beim Leistungserbringer schriftlich bestätigen;
 - b) die Patientenchipkarte so verändert werden, daß sie ohne hausärztliche Überweisung nur einen einmaligen direkten Facharztbesuch je Quartal ermöglicht (Ausnahmen bei bestimmten Facharztgruppen);
 - c) im Rahmen des Budgets für die ambulante ärztliche Versorgung ein getrenntes, ausreichend ausgestattetes Budget für die Hausärzte eingeführt werden;
 - d) einer überzogenen Nutzung der medizintechnischen Großgeräte durch die Einführung einer degressiven Vergütung entgegengewirkt werden;
 - e) für alle Versicherten der bisherige prozentuale Zuschuß der Krankenkassen zu Zahnersatzleistungen erhalten oder wieder eingeführt werden. Der Zuschuß wird nur bei Vorliegen eines prothetischen Gesamtplanes gewährt, seine Höhe wird jedoch für den Zweijahreszeitraum auf 4 000 DM je Kiefer begrenzt.
3. In der Krankenhausversorgung
 - a) dürfen Versorgungsverträge mit Krankenhäusern außerhalb des Krankenhausbedarfsplans nur noch dann abgeschlossen werden, wenn vergleichbare Leistungen im Rahmen der Gesamtversorgung wirtschaftlicher erbracht werden können als in vergleichbaren Krankenhäusern, die im Bedarfsplan aufgenommen sind;
 - b) wird die Umsetzung der 4. Stufe der Pflege-Personalregelung den strukturellen Veränderungen angepaßt;
 - c) werden unverzüglich Vorbereitungen zum Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich, z. B. zur Stilllegung von überzähligen Krankenhausbetten, eingeleitet. Auf die mittel- und langfristig wirkenden Reformen des Gesetzentwurfes der Fraktion der SPD „GSG II“ wird verwiesen.
 4. In der Arzneimittelversorgung
 - a) wird sichergestellt, daß Überschreitungen des Arzneimittelbudgets entsprechend der bestehenden gesetzlichen Regelung im Wege des Regresses bei den Vertragsärzten wieder ausgeglichen werden. Der nachträgliche Verzicht auf einen Regreß – wie etwa mit dem 4. SGB VÄndG durchgesetzt – muß zukünftig ausgeschlossen werden;
 - b) wird die Streichung der Positivliste aus dem Gesetz rückgängig gemacht und dadurch eine Qualitätsverbesserung in einem 6 Mrd. DM umfassenden Marktsegment herbeigeführt. Dies führt zu Einsparungen von mindestens 2 Mrd. DM;
 - c) wird der Apothekenrabatt der Krankenkassen für die auf ihre Kosten abgegebenen Arzneimittel erhöht.
 5. In der stationären Rehabilitation werden die Voraussetzungen, unter denen Leistungen gewährt werden, präzisiert und den Bedingungen in der Rentenversicherung angepaßt.
 6. Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz eingeführte 10%ige Kürzung des Krankengeldes wird zurückgenommen. Weitere mit diesem Gesetz eingeführte Belastungen für die Patienten werden im Rahmen der freigesetzten Sparvolumina Schritt für Schritt revidiert.
 7. Durch Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung wird eine Senkung des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte herbeigeführt. Die im Beitragsentlastungsgesetz vorgesehene Zwangsabsenkung der Beiträge um 0,4 Prozentpunkte entfällt.

8. Senkung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes um 0,1 Prozentpunkt durch Aufhebung der Befreiung geringfügig Beschäftigter von der Sozialversicherungspflicht.
9. Die mit der Kürzung der Lohnfortzahlung um 20 % herbeigeführte Mindereinnahme der Krankenkassen von 1 Mrd. DM wird korrigiert und die Kürzung der Lohnfortzahlung wieder rückgängig gemacht.

IV.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, über die vorgenannten, kurzfristig zu realisierenden Maßnahmen hinaus Vorbereitungen für folgende mittel- und längerfristig umzusetzende Veränderungen zu treffen:

1. In der ambulanten ärztlichen Versorgung

- a) muß die am 1. Januar 1996 in Kraft getretene, in der praktischen Anwendung jedoch bereits gescheiterte Gebührenregelung für die Vertragsärzte durch eine neue, am Prinzip der diagnoseabhängigen Fallpauschale orientierte Regelung ersetzt werden. Dabei sind eigenständige, nur von Hausärzten abzurechnende Leistungspositionen vorzusehen;
- b) muß der Schaffung von Möglichkeiten zur Einführung neuer Versorgungsalternativen besser Rechnung getragen werden. Vernetzte Praxen, erweiterte Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren, gemeinsame ambulant-stationäre Nutzung von Großgeräten dürfen nicht länger Ausnahme bleiben.

2. In der Krankenhausversorgung

- a) ist die bisherige duale Finanzierung schrittweise und beitragsatzneutral durch eine Finanzierung aus einer Hand zu ersetzen. Dabei ist die gleichberechtigte Mitverantwortung der Krankenkassen in der Krankenhausbedarfsplanung unbedingte Voraussetzung;
- b) ist das Selbstkostendeckungsprinzip nicht nur im Gesetzestext, sondern tatsächlich abzuschaffen. Die kostenorientierte Vergütung muß durch eine leistungsorientierte Vergütung ersetzt werden, die sich bis auf wenige Ausnahmen an Fallpauschalen ausrichtet.

b) *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.*

Der Gesetzentwurf verfolgt folgende Schwerpunkte:

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 unmittelbar Betroffenen und Beteiligten gegenüber staatlicher Reglementierung. Das Prinzip der Subsidiarität gebietet es, der Selbstverwaltung immer dort Vorrang vor staatlichem Handeln einzuräumen, wo die Beteiligten in eigener Verantwortung die Angelegenheiten der sozialen Krankenversicherung sachgerechter lösen können.

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat mit der Schaffung von Kassenwahlfreiheit der Versicherten und der Einführung des Risikostrukturausgleichs wichtige Grundlagen für einen funktionsfähigen Wettbewerb und für eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen gelegt. 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. 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.

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

finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar ist.

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).

Erweiterung 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 sicher gestellt, daß bei der Durchführung dieser Modellvorhaben nur von den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften 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 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 Gesetzesentwurfs 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.

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 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 Feinststeuerung angepaßt.

Die Pflege-Personalregelung (PPR) wird aufgehoben. Mit der Aufhebung der PPR wird die Entwicklung von Maßstäben und Grundsätzen für die Personalbe-

messung 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 Einnahmefähigkeiten der Krankenkassen überschreiten, müssen medizinisch begründet sein. Dazu sollen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen 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 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 20 DM von den Krankenkassenmitgliedern finanziert.

5. Neuorientierung in der zahnmedizinischen Versorgung

Nachdem das am 1. Januar 1997 in Kraft getretene 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 1,76fachen 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.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. brachten umfangreiche Änderungsanträge in die Beratung des Gesetzentwurfs ein, die mehrheitlich angenommen wurden. Diese sahen u. a. folgende Änderungen vor:

1. Partnerschaftliche Gestaltung bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Leistungen bei Auslandsaufhalten, Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege, Kuren und Rehabilitation sowie bei Fahrkosten bleiben unverändert im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Die Verbände der nichtärztlichen Leistungserbringer werden in den Bereichen Heilmittel, häusliche Krankenpflege sowie Kur und Rehabilitation bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der Versorgung partnerschaftlich eingebunden. Dazu schließen sie mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitliche Rahmenempfehlungen und werden bei der Entscheidungsfindung im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen stärker beteiligt.

Die Eigenbeteiligung der Versicherten bei Fahrkosten wird von 20 DM auf 25 DM erhöht. Die Härtefall- und Überforderungsklausel gilt auch in diesem Fall.

2. Ablösung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen

Die im geltenden Recht bereits als Option vorgesehene Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen soll so bald wie möglich obligatorisch erfolgen. Richtgrößen für die Arznei- und Heilmittelversorgung sind arztgruppenspezifisch möglichst bis zum 31. Dezember 1997 zu vereinbaren. Die Richtgrößen werden von den Kassenarten gemeinsam und einheitlich vereinbart. Diese Vereinbarung ist schiedsstellenfähig. Getrennte Richtgrößen für die Arznei- und Heilmittelverordnung können vereinbart werden. Richtgrößen sind die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

3. Regelgesamtvergütung mit einem vorab fest vereinbarten Punktwert

In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Regelgesamtvergütung mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert eingeführt. Dadurch werden Transparenz und Leistungsgerechtigkeit bei der Vergütung ärztlicher Leistung erhöht.

Die Vertragspartner (Krankenkassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen) vereinbaren auf der Grundlage von Fallwerten und Fallzahlen eine arztgruppenspezifische Praxisvergütung für das Volumen der vertragsärztlichen Leistungen.

Für den Fall, daß diese Praxisvergütung überschritten wird, vereinbaren die Vertragspartner die Vergütungsabstaffelung der über die Praxisvergütung hinausgehenden Leistungen. Ausnahmen von der Abstaffelung für besondere Versorgungsformen wie z. B. notärztliche Versorgung oder Wochenenddienste sind zu vereinbaren.

Diese Regelung gilt nicht für die zahnärztliche Vergütung.

4. Hospize

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten einen Anspruch auf einen Zuschuß

zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen in Höhe von täglich 250 DM. Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung einen höheren Zuschuß festlegen; der Zuschuß darf unter Anrechnung anderer Sozialleistungen (z. B. Pflegeversicherung oder Sozialhilfe) die tatsächlichen Kosten der Versorgung im Hospiz nicht übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren Näheres über Art und Umfang der Versorgung mit den für die Hospizversorgung maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene.

5. Hilfsmittel

Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel bleiben im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Für diese Hilfsmittel wird eine Eigenbeteiligung von 20 % vorgesehen. Kinder unter 18 Jahren sind frei; für die Eigenbeteiligung gilt die Härtefallklausel.

c) Antrag der Fraktion der SPD (Rettungsdienst)

Die Bundesregierung soll aufgefordert werden, unverzüglich die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes neu zu regeln. In Zukunft soll die Sicherstellung durch die Rettungsdienstträger erfolgen, woran die kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden können. Die Bundesregierung soll die rechtlichen Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes sowie über deren Vergütung im Rahmen des Landesrechts mit den Anbietern schließen können.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. begrüßten den Gesetzentwurf. Er verfolge ganz eindeutig und nachhaltig die Stärkung der Selbstverwaltung in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Es sei an der Zeit, daß die vielfältigen staatlichen Regulierungen auf ein vernünftiges Maß reduziert würden, damit die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werde und die Verantwortung und Kompetenz der Selbstverwaltung vergrößert werden. Nur so könne man die richtigen Schritte auf dem Wege zu einem rationalen und effizienten Gesundheitswesen gehen. Man müsse sich endgültig von der Vorstellung verabschieden, der Staat könne alle gesundheitlichen Belange der Bevölkerung erledigen. Diese Vorstellung sei illusorisch, die Beteiligten selbst könnten das viel besser.

Im Bereich der stationären Versorgung der Versicherten werde der Selbstverwaltung durch eine Reihe von Maßnahmen ein erheblich erweiterter Spielraum eingeräumt. Die Verantwortung für eine zügige Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte, die erstmals mit der Bundespflegesatzverordnung von 1994 vorgegeben worden seien, werde den Selbstverwaltungspartnern übertragen. Die Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie die Höhe des Krankenhausbudgets werde künftig von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart, dabei könne eine auf Bundesebene noch einzurichtende

Schiedsstelle angerufen werden, wenn es den Partnern der Selbstverwaltung nicht gelingen sollte, eine Einigung zu finden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. begrüßten auch die vorgesehenen Regelungen im Bereich der Mehr- und Mindererlöse. Die von den Krankenhäusern erzielten Mehrerlöse seien für das Jahr 1997 danach im Budgetbereich zu 85 % – bisher 75 % – und bei Mehrerlösen über 5 % zu 90 % zu erstatten. Mindererlöse des Krankenhauses im Budgetbereich seien zu 50 % – bisher 75 % – von den Krankenkassen auszugleichen. Im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte seien Mehrerlöse vom Krankenhaus zu 75 % – bisher 50 % – zu erstatten, soweit Krankenkassen und Krankenhäuser nichts Abweichendes vereinbaren. Bei Mindererlösen bleibe es bei der bisherigen Lösung.

Sie betonten, daß es bei den Aufwendungen für die Krankenhausinstandhaltung um ein ernsthaftes Problem gehe. Ließe man dieses Problem weiterhin ungelöst, dann würde das bedeuten, daß in den Krankenhäusern die notwendigsten Investitionen für die Sicherheit und den Brandschutz nicht erfolgen könnten. Seit 1993 weigerten sich die Länder, die Instandhaltungsaufwendungen zu tragen. Zwischenzeitlich hätten sich Instandhaltungsaufwendungen in Milliardenhöhe aufgestaut. Obgleich die Länder nach wie vor in der Pflicht ständen, könne man gleichwohl die Krankenhäuser nicht im Stich lassen. Deshalb würden die Instandhaltungskosten für die Jahre 1997 bis 1999 pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 % der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert.

Sie unterstrichen, daß die Großgeräteplanung aufgehoben werde. Die Vergangenheit habe gezeigt, daß trotz der bestehenden Großgeräteplanung der Bestand an Großgeräten erheblich angewachsen sei. Dies habe dazu geführt, daß das bestehende Angebot weitere Nachfrage induziert habe. Dieser Sektor sei nur über vergütungsrechtliche Regelungen zu steuern.

Breiten Raum nahm die Erörterung der Regelungen zu Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr ein. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. waren davon überzeugt, daß die Krankenkassen in diesem Bereich aufgrund der bisherigen, ausgeprägten staatlichen Vorgaben in ihrem Gestaltungsraum zu weit eingeschränkt seien. Deshalb sollen der Selbstverwaltung unter dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ mehr Möglichkeiten bei der Vertragsgestaltung eingeräumt werden.

Es sei nicht einzusehen, daß nur der Gruppe der freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung möglich sei. Diese Möglichkeit solle vielmehr allen Versicherten eröffnet werden. Diese Stärke die Souveränität des Versicherten, mache die gesetzliche Krankenversicherung auch im Vergleich zu der privaten Krankenversicherung attraktiver und eröffne nicht zuletzt den Krankenkassen weitere Wettbewerbsparameter.

Sie stellten klar, daß diese Regelungen Optionen darstellten, die von den Krankenkassen nicht wahrgenommen werden müßten. Falls eine Krankenkasse

der Ansicht sei, es sei sinnvoll, ihren Versicherten solche Wahlmöglichkeiten zu gewähren, dann sei es Sache der Selbstverwaltung, entsprechende Vertragsgestaltungen zu beschließen und anzubieten. Es sei Sache der Krankenversicherung, einen entsprechenden Tarif zu kalkulieren, dabei sei davon auszugehen, daß die daraus resultierende Beitragsermäßigung unter dem Betrag des Selbstbehaltes liege. Der Versicherte wiederum sei in keiner Weise gezwungen, einen anderen als den Standardtarif zu wählen. Wenn er der Meinung sei, es sei für seine individuellen Verhältnisse angezeigt, beispielsweise Kostenersatzung oder Selbstbehalt zu wählen, dann liege das ganz allein in seiner Entscheidung.

Sie betonten, daß der Versicherte nicht individuell einen bestimmten nur für ihn geltenden Betrag des Selbstbehaltes vereinbaren könne. Es sei vielmehr so, daß die Versicherung einen bestimmten Tarif mit Selbstbehalt allen Versicherten anbieten müsse. Voraussetzung für den Versicherten, einen Tarif mit Selbstbehalt zu wählen, sei, daß er sich für die Kostenersatzung entschieden habe. Wähle er einen Selbstbehalt, dann seien alle anfallenden Kosten bis zur Höhe des Betrages des vereinbarten Selbstbehaltes von ihm zu tragen. Alle darüber hinausgehenden Kosten würden von der Krankenkasse getragen.

Auch für die Wahl eines Tarifes mit Beitragsrückgewähr sei für den Versicherten Voraussetzung, sich zuvor für die Kostenersatzung zu entscheiden. Der Versicherte habe dadurch die Möglichkeit, seine Rechnungen zu sammeln und zum Jahresende zu entscheiden, ob er die Beitragsrückgewähr in Anspruch nehmen solle oder aber die bisher aufgelaufenen Rechnungen seiner Krankenversicherung zur Erstattung einzureichen.

Die Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. brachten umfangreiche Änderungsanträge ein, die in der 87. Sitzung am 12. März 1997 und in der 89. Sitzung am 17. März 1997 im Ausschuß eingehend beraten wurden.

Sie führten hinsichtlich der neuen partnerschaftlichen Regelungen aus, daß es vornehmlich darum gehe, daß die Spitzenverbände der Leistungserbringer und die Krankenkassen bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen – vergleichbare Vorschriften gebe es auch für Heilmittel und die häusliche Krankenpflege – Rahmenempfehlungen auf Bundesebene beschließen könnten, die den Inhalt, Qualitätssicherung, administrative Abläufe und andere Punkte zum Inhalt haben könnten. In § 111 a SGB V sei ein umfangreicher Katalog von Themen für diese Rahmenempfehlungen benannt. Bei der Aufstellung der Rahmenempfehlungen hätten die betroffenen Verbände ein unmittelbares Mitspracherecht, sie seien Vertragspartner der Rahmenempfehlungen.

Außerdem werde die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation mit der Maßgabe konkretisiert, daß den Verbänden angeboten werde, eine Stellungnahme abzugeben, diese Stellungnahmen seien in die Entscheidungen über die Richtlinien einzubeziehen. Es gebe also Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der

Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer und Konkretisierungen der Richtlinien des Bundesausschusses mit einem qualifizierten Anhörungsrecht der entsprechenden Leistungserbringer auf Bundesebene. Diese Lösung wurde von den betroffenen Verbänden in der Anhörung am 14. März 1997 auch einhellig begrüßt.

Sie stellten klar, es handle sich dabei nicht um ein Vetorecht oder eine materielle Beteiligung, sondern die entsprechenden Spitzenverbände hätten das Recht, eine Stellungnahme abzugeben. Diese Stellungnahme sei in die Entscheidung des Bundesausschusses einzubeziehen, was bedeute, daß aus dem Entscheidungsprozeß nachvollziehbar hervorgehen müsse, daß sich der Bundesausschuß mit dieser Frage beschäftigt und auseinandergesetzt habe, und warum er ggf. eine abweichende Entscheidung getroffen habe. Das müsse nicht unbedingt eine schriftliche Begründung sein, es müsse aber erkennbar sein, daß sich der Bundesausschuß mit der Frage befaßt habe. Dies sei eine zu beachtende Verfahrensvorschrift. Wenn dies nicht beachtet werde, dann liege ein Verfahrensfehler vor, der unter Umständen zu einer Beanstandung oder Aufhebung der Richtlinie führen könne.

Auf Antrag des Sportausschusses prüfte der Ausschuß, ob der Deutsche Sportbund die Ausgestaltung des Rehabilitationssports gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gestalten soll.

Die Prüfung hat ergeben, daß alle Sozialversicherungsträger, die Rehabilitationssport anbieten (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Kriegsopferversorgung) eine „Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ abgeschlossen haben, die am 1. Januar 1994 in Kraft getreten ist. Nach § 6 Abs. 1 dieser Vereinbarung obliegt die Durchführung des Rehabilitationssports in der Regel den Sportgemeinschaften, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behindertensportverband angehören. Bei entsprechender Eignung können auch andere Organisationen (z. B. die Landessportbünde oder die Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) den Rehabilitationssport durchführen. Angesichts dieser zweckmäßigen und sinnvollen Vereinbarung bedarf es keiner weiteren Beteiligung von Sportverbänden auf Bundesebene.

Bei dieser Gelegenheit wurde klargestellt, daß auch auf der Grundlage von § 20 Abs. 3 SGB V grundsätzlich auch eine Förderung von in Sportvereinen organisierten Selbsthilfegruppen durch Krankenkassen zulässig erscheint, wenn die übrigen Voraussetzungen wie zum Beispiel medizinische Indikationen erfüllt sind. Eine direkte Förderung von Sportvereinen kann auf diesem Wege allerdings nicht erfolgen. Sie kann künftig aber von der Satzung der einzelnen Krankenkasse mit nach § 56 Abs. 4 SGB V in der Fassung des 2. NOG allein von den Versicherten finanzierten Beiträgen vorgesehen werden.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. betonten, bei der Festsetzung der Festzu-

schüsse sei im Entwurf des 2. NOG ein zweistufiges Verfahren vorgesehen gewesen. Die Zuordnung der Versorgungsnormen zu den einzelnen Leistungen habe durch den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegt werden sollen, während die Festzuschüsse selbst – also die Preise – durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen werden sollten. Das hätte dazu führen können, da die beiden Gruppierungen möglicherweise unterschiedliche Interessen vertreten könnten, daß es zu einer Blockade komme, so daß die Umsetzung der Festzuschüsse nicht zeitgerecht erfolgt wäre.

Deshalb habe man sowohl die Zuordnung der Versorgungsformen wie auch die Festsetzung des Preises in die Hand des Bundesausschusses gelegt. Der Bundesausschuß habe aufgrund seiner Geschäftsordnung die Möglichkeit, Konfliktsituationen zu vermeiden, und komme auf jeden Fall zu einer Lösung. Deshalb könne man jetzt davon ausgehen, daß der Bundesausschuß innerhalb der vorgegebenen Zeit bis zum 31. Oktober 1997 die Festzuschüsse so festsetze, daß das System in Kraft treten könne. Der Verband der Deutschen Zahntechniker Innungen, der bisher bei der Festsetzung der Versorgungsformen ein qualifiziertes Anhörungsrecht nur auf der Ebene des Bundesausschusses gehabt habe, werde künftig sowohl bei den Versorgungsformen wie auch bei der Preisfestsetzung ein Mitspracherecht haben.

Die Beteiligung der Zahntechniker rechtfertige sich dadurch, daß es um Zahnersatz gehe. Die Hälfte der zahntechnischen Leistungen werde von den Zahn Technikern erbracht, so daß es von daher gerechtfertigt sei, daß die Zahn techniker an diesen Regelungen beteiligt würden. Es sei im übrigen sinnvoll, den Sachverstand einer Berufsgruppe, die sich mit zahntechnischen Leistungen beschäftige, in die Entscheidungen einfließen zu lassen. Die Zahn techniker hätten ein qualifiziertes Anhörungsrecht, ihre Stellungnahme müsse in die Entscheidung des Bundesausschusses einfließen.

Sie stellten klar, daß der Festzuschuß kein Durchschnittsbetrag sei. Eine zweigliedrige Brücke beispielsweise habe einen bestimmten Leistungsinhalt. Dieser Leistungsinhalt werde anhand der bestehenden Preise in Geld umgesetzt, was die Basis für den Festzuschuß bedeute. Der Festzuschuß werde von einer standardisierten Versorgungsform abgeleitet. Für eine Brücke seien bestimmte Leistungskomponenten erforderlich, die in Geld umgesetzt würden, die dann die Basis für den Festzuschuß bildeten.

Der Bundesausschuß habe es aufgrund der begrenzten Leistungsformen, deren Inhalt zu ermitteln sei, und aufgrund der bekannten Preise relativ rasch in der Hand, eine Entscheidung zu treffen. Es sei zu erwarten, daß es aus dem Bundesausschuß selbst einen Antrieb gebe, möglichst rasch zu einem Ergebnis zu kommen, weil das im Interesse der Zahnärzte liege. Es liege auch im Interesse der Krankenkassen, das Gesetz möglichst schnell umzusetzen, damit die Versicherten wüßten, was auf sie zukomme. Solange die Festzuschüsse noch nicht festgesetzt worden seien, gelte das derzeitige Recht weiter.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. betonten, daß die Erhöhung der Zuzahlungen dazu beitragen sollten, durch die Entlastung der Krankenkassen das aufgelaufene Defizit zu entlasten. Den Befürchtungen, daß in den Fällen, in denen der Preis eines Arzneimittels unter dem Zuzahlungsbetrag liege, diese Arzneimittel nicht mehr erfaßt würden und dadurch die Transparenz des Verordnungsverhaltens der Ärzte weiter verschlechtert werde, da diese Mittel dann vom Patienten direkt aus eigener Tasche bezahlt würden, hielten sie entgegen, daß die Erfassung dieser Mittel allein schon deshalb sichergestellt sei, daß die einzelnen Patienten ein Interesse daran hätten, einen entsprechenden Beleg zu bekommen, um ggf. die Inanspruchnahme der Härtefallklausel bzw. der Überforderungsklausel zu sichern. Anders als bei einer Positivliste sei so sichergestellt, daß tatsächlich alle Arzneimittel, auch die mit einer Zuzahlung in Höhe von 100 %, erfaßt würden. Zudem sei der Apotheker verpflichtet, die Verordnungen weiterzugeben, da es sich um Urkunden handele. Sie erwarteten, daß diese Frage in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und Apothekern geklärt werde, damit es auf keinen Fall zu eventuellen Problemen kommen könne.

Zu der in der Anhörung am 14. März 1997 von einigen Sachverständigen angesprochenen Gefahr der Ausweitung des Anbieterkreises von Hospizleistungen stellten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. klar, daß dem insofern entgegenge wirkt werde, als das Nähere der Hospizversorgung durch die Vertragspartner auf Bundesebene inhaltlich so geregelt werde, daß eine Ausweitung des Anbieterkreises nicht zu befürchten sei.

Zur Ablösung der Arzneimittelbudgets durch arztgruppenspezifische Richtgrößen führten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. aus, schon im geltenden Recht bestehe die Möglichkeit, daß die Budgets durch Richtgrößen abgelöst würden. Davon sei bisher noch kein Gebrauch gemacht worden. Nachdem die Probleme mit den Budgets immer größer geworden seien, bestehe auf seiten der Ärzteschaft das Interesse, daß möglichst bald in scheidsstellenfähiger Form die Budgets durch Richtgrößenvereinbarungen abgelöst würden. Um dies möglichst schnell zu erreichen, seien die im geltenden Recht enthaltenen Begriffe „indikations- und stoffbezogen“ gestrichen worden, da sich herausgestellt habe, daß indikations- und stoffbezogene Richtgrößen nur mit einem langen Vorlauf vereinbart werden könnten. Bei der Vielzahl von Indikationen sei auch nicht mit einem praktikablen Verfahren zu rechnen.

Die Richtgrößen seien für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen instrumental zu sehen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 seien außerordentlich stringent. In diesem Bereich hätten in der Vergangenheit relativ wenige Prüfungen stattgefunden, weil man gesagt habe, wegen des Budgets sei eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht notwendig. Dies sei aber ein Fehlschluß, denn Budgetunterschreitungen und Wirtschaftlichkeit seien zwei verschiedene Dinge.

Sie betonten, solange die Kollektivhaftung durch Budgets bestehe, fühle sich der einzelne Arzt relativ wenig für das verantwortlich, was in seinem Bereich geschehe. Wenn aber dem Arzt ein individuelles Volumen vorgegeben werde, dann habe er viel stärker als bisher die Möglichkeit, seine eigene aktuelle Situation einzuschätzen. Die Richtgrößen ermöglichten wesentlich zielgenauere und gerechtere Lösungen als das Budget mit der Kollektivhaftung. Man werde die Ausgaben damit deutlich besser in den Griff bekommen als mit den Budgets. In der Anhörung vom 14. März 1997 sei auch von den Vertretern der Ärzteschaft zugesichert worden, daß die Richtgrößen punktgenau eingehalten werden könnten.

Sie wiesen darauf hin, daß die Ärzte in den letzten Jahren die einzige Berufsgruppe gewesen sei, die im Zeitpunkt der Leistungserbringung wegen des floatenden Punktwertes nicht gewußt hätten, welchen Preis sie für ihre Leistung erhielten. Dies sei ein unwürdiger Zustand, der mit dem System der festen Punktwerte eingebunden in das System von Richtgrößen abgelöst werden solle. Im Zusammenhang mit der Abstaffelungsregelung sei dadurch sichergestellt, daß es keine unerwünschten Mengenausweitungen gebe.

Sie hoben hervor, daß mit dem § 305 Abs. 2 (neu) den Leistungserbringern die Pflicht auferlegt werde, die Patienten über die für sie erbrachten Leistungen und deren Preise zu informieren. Dies sei ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz, denn in keinem anderen Bereich würden dem Nachfrager keine Informationen über die für ihn erbrachten Leistungen gegeben. Dem in diesem Zusammenhang von seiten der Leistungserbringer angeführten Argument, daß dadurch eine Kostenlawine ungeheuerlichen Ausmaßes verursacht werde – 1 Mrd. DM wurden in der Anhörung genannt –, hielten sie entgegen, daß alle Leistungserbringer schon jetzt mit den jeweiligen Kostenträgern abzurechnen hätten, so daß die Daten ohnehin schon vorlägen. Die Konversion dieser Daten in eine für den Patienten leicht lesbare Form sei ein Problem des Einsatzes geeigneter Software, das relativ leicht lösbar sei. Auch auf das Argument der Portokosten entgegneten sie, daß diese Informationen ja jeweils in der Praxis unmittelbar nach der Leistungserbringung dem Patienten gegeben werden könnten.

Die Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wie auch das Mitglied der Gruppe der PDS kritisierten heftig das Beratungsverfahren, das sich aus ihrer Sicht als sehr hektisch darstellte. Die Beratung des Gesetzentwurfs habe im Dezember 1996 begonnen, am 4. Dezember 1996 habe eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen stattgefunden. Für Ende Februar 1997 seien von der Koalition umfangreiche Änderungsanträge angekündigt worden, dann habe sich dieser Termin auf den 12. März 1997 verschoben, als die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen offiziell im Ausschuß für Gesundheit eingebracht wurden. Durch die Änderungsanträge sei der Gesetzentwurf in entscheidenden Punkten wesentlich geändert worden, weshalb die Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und das Mitglied der

Gruppe der PDS eine spezielle Anhörung zu diesen Anträgen beantragten. Die Koalition habe aber mit ihrer Mehrheit beschlossen, daß diese öffentliche Anhörung von Sachverständigen schon am Freitag, dem 14. März 1997, also zwei Tage nach der offiziellen Einbringung im Ausschuß, stattfand. Der Beginn der Anhörung, der ursprünglich auf 13.30 Uhr festgelegt war, verzögerte sich wegen der länger dauernden Plenardebatte an diesem Tage auf 14.40 Uhr. Die Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und das Mitglied der Gruppe der PDS beantragten deshalb, wegen der knappen Zeit die Anhörung auf die folgende Woche zu verschieben, was der Ausschuß mehrheitlich ablehnte. Der Abschluß der Beratungen wurde auf den 19. März 1997 terminiert, so daß kaum Zeit blieb, die Anhörung, die nur fünf Tage zuvor stattgefunden hat, auch nur oberflächlich auszuwerten. Sie stellten fest, daß dadurch ein ordentliches Beratungsverfahren nicht gegeben war.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. hielten dem entgegen, daß ausreichende Beratungszeit vorhanden gewesen sei. Der Entwurf der Änderungsanträge sei den anderen Fraktionen schon am 19. Februar 1997 überreicht worden. Die zu der Anhörung am 14. März 1997 eingeladenen Sachverständigen seien schon damals von der Anhörung informiert worden. Ihnen seien auch die Änderungsanträge von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zur Verfügung gestellt worden, so daß der wesentliche Inhalt der Anträge allen bekannt gewesen sei. Die ausführliche Einführung in die Änderungsanträge erfolgte in der 87. Sitzung am Mittwoch, dem 12. März 1997. Das Protokoll dieser Sitzung lag allen Mitgliedern des Ausschusses am Freitag, dem 14. März 1997, vor Beginn der Anhörung vor. Das Protokoll der Anhörung vom 14. März 1997 lag den Mitgliedern des Ausschusses am Montag, dem 17. März 1997, vor. Sie stellten klar, daß bei dem Beratungsverfahren allen Mitgliedern des Ausschusses ausreichend Gelegenheit geboten war, sich eingehend über den Gesetzentwurf wie auch die Änderungsanträge zu informieren, deshalb könne nicht davon die Rede sein, daß kein ordentliches Beratungsverfahren stattgefunden habe.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD kritisierten die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Satzungs- und Gestaltungsleistungen, die einen weiteren Schritt auf dem Wege zu einer Zweiklassenmedizin bedeuteten. In der öffentlichen Anhörung am 4. Dezember 1996 seien diese beiden Elemente auch nahezu von allen Sachverständigen als nicht sachadäquat qualifiziert worden. Es könne den Krankenkassen auf keinen Fall erlaubt sein, einzelne Leistungen zur Disposition zu stellen, um sie als Wettbewerbsparameter zu nutzen. Es müsse vielmehr bei dem einheitlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, der für alle Krankenkassen verbindlich sei. Insofern begrüßten sie es, daß durch die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. diese Elemente des Gesetzentwurfs wieder zurückgenommen wurden.

Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktion der SPD ziele der Gesetzentwurf in eine vollkommen

falsche Richtung. Kernpunkt einer tatsächlichen Reform müsse die globale Anbindung der Krankenkassenausgaben an die volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit durch ein Global- oder Gesamtbudget sowie eine Mobilisierung von vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven durch eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, eine rationale Arzneimitteltherapie und die Stärkung der hausärztlichen Versorgung sein. Vonnöten sei ein Wettbewerb um effiziente Versorgungsstrukturen, um effiziente Versorgung der Patienten. Dies sei nicht nur Gegenstand des vorliegenden Antrags der Fraktion der SPD, sondern auch des damals von der Fraktion der SPD eingebrachten GSG II.

Nach ihrer Ansicht werde durch den Gesetzentwurf das solidarische Finanzierungselement zugunsten einer risikoorientierten Finanzierung zurückgedrängt. Wenn die solidarischen Ausgleichsmechanismen der Krankenversicherung erst einmal zerstört seien, dann werde es kaum mehr möglich sein, diese jemals wieder in Gang setzen zu können.

Sie wiesen auf eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hin, die hinsichtlich der Wirkung der Kostenerstattung im wesentlichen zu dem gleichen Ergebnis komme. Zwar werde durch das Verfahren der Kostenerstattung das Informationsniveau der Versicherten erhöht. Wesentlich sei aber, daß die erwarteten Kostensenkungen nicht erreicht werden könnten, im Gegenteil würden die Kosten nicht unbeträchtlich steigen.

Die Versicherten, die die Kostenerstattung gewählt hätten, verhielten sich nicht kostenbewußter als die Versicherten, die das Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen. Die Kostenerstattung führe auch unter Berücksichtigung der zusätzlichen Belastungen des Versicherten zu höheren Kosten. Zudem zeige die Mettman-Studie, daß, wenn man den Versicherten die Option zur Kostenerstattung gebe, diese nur von den wenigsten Versicherten gewählt werde. Sie waren der Auffassung, daß diese Option in Wahrheit eine Ausweitung der Freiheit der Leistungserbringer und nicht der Versicherten darstelle. Da die Kostenerstattung ohnehin nicht den vollen Rechnungsbetrag abdecke, bleibe bei dem Versicherten ein weiterer Zuzahlungsbetrag.

Weiter kritisierten sie das Vorhaben, in der gesetzlichen Krankenversicherung die Option eines Selbstbehaltes einzuführen. Voraussetzung für den Versicherten, der sich für einen Selbstbehalt entscheide, sei zuvor die Option für die Kostenerstattung, die sie ohnehin ablehnten. Sie unterstrichen, daß es in der gesetzlichen Krankenversicherung anders als in der privaten Krankenversicherung keine Möglichkeiten gebe, risikoäquivalente Selbstbehaltstarife zu kalkulieren. Der Selbstbehalt wirke zudem außerordentlich entsolidarisierend, da dieser Tarif nur von Gesunden in Anspruch genommen werde. Der Grundsatz der solidarischen Finanzierung, daß Junge für Ältere, Gesunde für Kranke und Alleinstehende für Familien einzustehen haben, werde durch einen Selbstbehaltstarif verletzt.

Die Folge eines solchen Tarifes sei, daß es für diejenigen, die diesen Tarif wählten, tatsächlich zu einer

Beitragssatzreduktion komme. Bei einem konstanten Ausgabevolumen der gesetzlichen Krankenversicherung führe dies aber dazu, daß die durchschnittlichen Beitragssätze für die anderen Versicherten stiegen, das seien aber gerade diejenigen, die ohnehin schon in der Regel benachteiligt seien. Dies sei ein eklatanter Verstoß gegen das Prinzip der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit den gleichen Argumenten kritisierten sie die vorgesehene Einführung der Beitragsrückgewähr. Auch diese wirke sich außerordentlich entsolidarisierend aus, da auch diese Option zunächst einmal die Wahl der Kostenerstattung voraussetze und zum anderen auch nur von den Versicherten wahrgenommen werde, die jung, gesund und alleinstehend seien. Auch dies führe zu einem höheren durchschnittlichen Beitragssatz derjenigen Versicherten, die sich weiterhin für das Sachleistungsprinzip entschieden, dies seien aber auch wieder die Älteren, die chronisch Kranken und die nicht Alleinstehenden.

In allen diesen vorgesehenen Maßnahmen sahen sie einen Einstieg in den Ausstieg aus dem System der solidarischen Krankenversicherung, das einem Systembruch gleichkomme. Die bewährten Prinzipien des solidarischen Systems würden verlassen zugunsten eines mehr und mehr privatisierten Systems der Krankenversicherung, das die in der Gesellschaft ohnehin Benachteiligten weiter benachteilige. In dieser Auffassung sahen sie sich durch die Ergebnisse der beiden Anhörungen bestätigt.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD lehnten die privatrechtliche Liquidierung des Zahnersatzes ab, denn damit habe die gesetzliche Krankenversicherung keine Zuständigkeit mehr für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sahen nicht die Notwendigkeit der Beteiligung der Zahntechniker und Zahnärzte bei der Bestimmung des Festzuschusses im Bundesausschuß. Dies sei eine Frage, die die Krankenkassen ausschließlich gegenüber ihren Versicherten zu regeln hätten. Die Mitwirkung der Zahntechniker und Zahnärzte dürfe eigentlich nur relevant sein, wenn es um eine indikationsbezogene, standardisierte Versorgung gehe. Der Festzuschuß müsse das abdecken, was nach dem Stand der zahnärztlichen Kunst angemessen, ausreichend und wirtschaftlich sei. Wenn ein Versicherter nicht in der Lage sei zuzuzahlen, dann müsse nach den übergeordneten Prinzipien einer sozialen Krankenversicherung ein Festzuschuß die Versorgung abdecken.

Heftig kritisierten sie die Erhöhung der Zuzahlungen, die additiv mit den Zuzahlungsregelungen des 1. NOG wirkten. Wenn eine Kasse den Beitragssatz um einen Prozentpunkt anheben müsse, dann bedeute das letztlich für eine Kleinpackung eine Zuzahlung in Höhe von 19 DM. Das führe dazu, daß für einen nicht unbedeutenden Teil der Versorgung mit Arzneimitteln die Versicherten eine Zuzahlung in Höhe von 100 % zu leisten hätten.

Hier sei die große Gefahr gegeben, daß diese Arzneimittel zu einem bedeutenden Teil nicht mehr erfaßt würden, da sie vom Versicherten privat bezahlt wür-

den. Dadurch würde die ohnehin nicht zufriedenstellende Transparenz bei dem Ordnungsverhalten der Ärzte noch weiter beeinträchtigt. Es sei aber gerade eines der wichtigen gesundheitspolitischen Ziele, die Transparenz gerade in diesem Bereich zu erhöhen.

Sie betonten, daß die Zuzahlungen keine Steuerungswirkung entfalteten, jedenfalls so lange, wie sie sozialpolitisch vertretbar seien. Dies sei eine allgemein gesicherte Erkenntnis, die sich aus einer Vielzahl von empirischen Studien ergebe. Eine Steuerungswirkung ergebe sich nur dann, wenn die Zuzahlungen sozialpolitisch nicht mehr vertretbar seien, dann sei aber eine Situation erreicht, in der eine angemessene und ausreichende Versorgung der Versicherten nicht mehr gewährleistet sei. Durch den Gesetzentwurf laufe man Gefahr, diesen Zustand zumindest anzusteuern. Dies sei von einigen Sachverständigen in der Anhörung auch so gesehen worden.

Ein besonderer Kritikpunkt seitens der Mitglieder der Fraktion der SPD war die vorgesehene Ablösung der Arzneimittelbudgets durch Richtgrößen. Damit gerate der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Gefahr. In der Anhörung vom 14. März 1997 habe zwar der Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erklärt, die Richtgrößen würden punktgenau eingehalten werden können. Dies hielten sie aber für außerordentlich zweifelhaft. Nicht einzusehen sei, warum über den Richtgrößen nicht weiterhin ein Budget vorhanden sein sollte, wie von den Vertretern der Krankenkassen in der Anhörung vorgeschlagen. Wenn die Richtgrößen tatsächlich punktgenau eingehalten werden könnten, dann schade es doch überhaupt nichts, die Budgets weiter zu behalten. Auf die Frage nach den Budgetüberschreitungen aus den Vorjahren (1995/96) bestätigten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., daß diese eingetretenen Überschreitungen in Zukunft bei den Verhandlungen der Krankenkassen mit Krankenversicherungen eingerechnet werden sollten. Die Mitglieder der Fraktion der SPD forderten hierzu konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für die Krankenkassen.

Durch den Wegfall der Budgets in Verbindung mit den festen Punktwerten, die den Ärzten gewährt werden sollen, sahen die Mitglieder der Fraktion der SPD den Einstieg in eine unkontrollierbare Ausweitung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Es sei überhaupt nicht deutlich geworden, mit welchen Instrumenten einer Mengenausweitung entgegengewirkt werden solle. Es sei nicht zu erwarten, daß die Ärzte auf ihre bisherigen Einkommensmaximierungsstrategien verzichteten. Dem hielten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. entgegen, daß es sich hierbei um ständige Behauptungen handle, für die es keine nachprüfbaren Anhaltspunkte gebe.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wiesen mit Kritik darauf hin, daß der vorliegende Gesetzentwurf auf eine Abschaffung der solidarischen Gesundheitsversorgung abziele. Sie lehnten das Prinzip der Kostenerstattung, des Selbstbehalts und der Beitragsrückgewähr ab und sprachen sich vehement für eine Beibehaltung des bewährten Sy-

stems der Sachleistungen aus. Nur dadurch könne das solidarische Prinzip der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung bewahrt werden. Im übrigen sei es auch kostengünstiger als jedes andere Erstattungssystem und laste dem Versicherten keine bürokratischen Pflichten wie das Sammeln von Belegen an.

Sie kritisierten heftig die Einführung der Informationspflicht der Leistungserbringer an die Patienten. In der überwiegenden Mehrzahl seien die Versicherten an diesen Informationen überhaupt nicht interessiert. Es verstoße auch gegen das Prinzip der informationellen Selbstbestimmung, daß die Versicherten zwangsweise mit Informationen konfrontiert werden sollen, die sie möglicherweise gar nicht zur Kenntnis nehmen wollen. Es sei vollkommen ausreichend, wenn den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werde, auf Verlangen von den Leistungserbringern Informationen abzufordern.

Das Mitglied der Gruppe der PDS schloß sich der Kritik der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Durch den Gesetzentwurf werde im Gesundheitswesen ein Systembruch herbeigeführt, der das bewährte System der sozialen Krankenversicherung verlasse. Die Gesellschaft werde weiter entsolidarisiert, das Prinzip des Einstehens der Starken und Leistungsfähigen für die Schwächeren werde verletzt, was letztlich zur Einführung einer Zweiklassenmedizin in der Bundesrepublik Deutschland führe.

B. Besonderer Teil

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

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 18 SGB V)

Mit diesem Änderungsantrag wird sichergestellt, daß Leistungen bei Auslandsaufenthalt im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Im Gesetzentwurf wurde den Krankenkassen das Angebot gemacht, in ihrer Satzung Leistungen nach Art und Umfang gestalten zu können. Weil dies aber zum Anlaß genommen wurde, eine Diskussion über Leistungsausgrenzung und Risikoselektion zu führen, bleibt der bisherige Rechtsanspruch der Versicherten unverändert erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 23 SGB V)

Mit der Streichung wird sichergestellt, daß medizinische Vorsorgekuren unverändert im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

Die Koalition wollte den Krankenkassen mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung und des von den Krankenkassen durch Satzung nach Art und Inhalt gestaltbaren Katalogs der Leistungen über die bereits im geltenden Recht enthaltenen Sat-

zungsleistungen hinaus das Angebot machen, in Zukunft Leistungen nach Art und Umfang zu gestalten.

Weil dies aber zum Anlaß genommen wurde, eine Diskussion über Leistungsausgrenzung und Risiko-selektion zu führen, bleibt der bisherige Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinische Vorsorgeleistungen unverändert erhalten.

Eine wirtschaftliche und zielgenaue Leistungserbringung wird künftig durch partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleistet.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 26 SGB V)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Änderung wird die bisher aufgrund von Satzungsregelungen durchgeführte Kinderuntersuchung zu Beginn der Pubertät auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an Buchstabe a; inhaltlich ist die Regelung unverändert geblieben.

Zu Artikel 1 Nr. 5 a – neu – (§ 28 SGB V)

Die Regelung stellt abweichend vom bisherigen Recht sicher, daß Versicherte in zwingend notwendigen Ausnahmefällen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erhalten. Hierzu gehören, sofern keine Kontraindikationen für implantologische Leistungen vorliegen, insbesondere die Versorgung nach einer Tumoroperation mit Resektion/Teilresektion am Kieferknochen und nach Schädel- und Gesichtstraumata bei nicht rekonstruierbaren Kieferabschnitten.

Zu Artikel 1 Nr. 5 b – neu – (§ 29 SGB V)

Die Regelung führt bei kieferorthopädischer Behandlung die direkte Kostenerstattung ein, um die Kosten- und Leistungstransparenz für die Beteiligten zu verbessern. Dies bedeutet, daß die Krankenkasse den von ihr zu tragenden Kostenanteil direkt an den Versicherten zahlt. Vergütungsgrundlage – auch für die Beziehung Vertragszahnarzt/Versicherter – ist wie bisher der vertragszahnärztliche Bewertungsmaßstab. Die bisherige Abwicklung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung entfällt. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich künftig ausschließlich an den Versicherten. Auf Vorlage entsprechender Rechnungen hat die Krankenkasse Abschlagszahlungen zu erstatten.

Der Vertragszahnarzt darf seine Leistungserbringung nicht von Vorleistungen des Versicherten abhängig machen; dies gilt auch für Härtefälle.

Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 30 a SGB V)

Zu Absatz 2

Minderausgaben: dürfen bei der erstmaligen Festsetzung der Festzuschüsse insgesamt nicht überschritten werden. Die Festzuschüsse sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen.

Die Vorschrift verpflichtet den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen, sowohl die Zuordnung der einzelnen Teilleistungen zu den Versorgungsformen, für die Festzuschüsse zu bilden sind, als auch die Festsetzung der Festzuschüsse bis zum 31. Oktober 1997 vorzunehmen. Die Notwendigkeit, daß der Bundesausschuß sowohl die Zuordnung als auch die Festsetzung der Festzuschüsse gleichzeitig vorzunehmen hat, ergibt sich aus dem Sachverhalt, daß nur auf diese Art und Weise eine aufeinander abgestimmte Konkretisierung des Festzuschußkonzepts möglich ist, die die gesetzlichen Vorgaben erfüllt. Der Bundesausschuß ist zur fristgerechten Festsetzung der Festzuschüsse verpflichtet. Keiner der Beteiligten kann das Verfahren blockieren (vgl. §§ 6 und 10 der Geschäftsordnung des Bundesausschusses zur Beschlußfähigkeit und Mehrheitsentscheidung). Gemäß § 94 Satz 1 und 2 sowie Absatz 2 ist der Beschluß des Bundesausschusses zur Festsetzung der Festzuschüsse dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen und im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Dieses Verfahren ermöglicht, daß zum 1. Januar 1998 das Festzuschußkonzept umgesetzt wird: Versicherte haben mit Veröffentlichung der Festzuschüsse Anspruch auf einen Festzuschuß (§ 30 Abs. 1); Vertragszahnärzte haben einen Anspruch gegen den Versicherten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte, der bis zum 31. Dezember 1999 gesetzlich begrenzt ist (§ 87 a).

Um sicherzustellen, daß die Sachkenntnis der Zahn-techniker bei der Bildung der Festzuschüsse angemessen berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Vertreter dieser Leistungserbringer auf Bundesebene nicht nur anzuhören, sondern deren Stellungnahme in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Durch die Ausweitung der Mitwirkungsrechte der Zahn-techniker kann deren Sachverstand besser berücksichtigt werden. Der Bundesausschuß hat sich mit den von den Zahn-technikern vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist und warum der Bundesausschuß ihnen ggf. nicht gefolgt ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß der Zahn-ärzte und Krankenkassen.

Zu Absatz 3

Da die Festsetzung der Höhe der Festzuschüsse auch durch den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen erfolgen soll (vgl. § 30 a Abs. 2) entfällt Satz 1.

Die Anhebung des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für das Beitrittsgebiet

trägt sowohl dem Niveauunterschied zwischen dem vertragszahnärztlichen Bewertungsmaßstab (Bema) und der GOZ in den neuen Bundesländern als auch den unterschiedlichen prothetischen Leistungsstrukturen zwischen alten und neuen Bundesländern Rechnung.

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 31 SGB V)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Zuzahlungen werden um jeweils 5 DM erhöht. Dies führt zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen, die mit dazu beitragen soll, das 1996 entstandene Defizit abzubauen. Es bleibt dabei, daß die Zuzahlungen die Kosten des jeweiligen Mittels nicht übersteigen dürfen.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 32 SGB V)

Durch die Erhöhung des Prozentsatzes für die Zuzahlung zu Heilmitteln erhält die Krankenversicherung zusätzliche Finanzmittel, die zum Abbau des 1996 entstandenen Defizits verwendet werden sollen.

Die Änderung ersetzt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeiten für Satzungsregelungen von Krankenkassen und stellt dadurch sicher, daß Heilmittel im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

Siehe insoweit auch Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 23 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 34 alt, jetzt § 33 SGB V)

Der Änderungsantrag beläßt Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie im Leistungskatalog der Krankenkassen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Herausnahme aus dem Leistungskatalog wird durch eine Zuzahlungsregelung ersetzt, die der erhöhten Eigenverantwortung der Versicherten auch in diesem Leistungsbereich Rechnung trägt.

Die Leistungserbringer haben die Zuzahlungen der Versicherten von ihrem Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (Festbetrag oder vertraglich vereinbarter Preis) abzuziehen. Die Vorschrift tritt insoweit an die Stelle der Regelung in § 43b SGB V mit der Folge, daß nicht die Krankenkasse, sondern der Leistungserbringer den Zuzahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten durchzusetzen hat. Denn der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers wird durch Gesetz um den Zuzahlungsbetrag verringert, so daß für die in § 43b Satz 1 SGB V vorgesehene Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse kein Raum ist. Deshalb kann auch § 43b Satz 2 SGB V hier nicht angewendet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 37 SGB V alt, jetzt § 39 SGB V)

Mit der Änderung wird die Krankenhauszuzahlung um 5 DM pro Tag angehoben. Da sich die Zuzahlungen zu Vorsorgekuren für Mütter (§ 24 Abs. 3 SGB V), Anschlußrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V) und Müttergenesungskuren (§ 41 Abs. 3 SGB V) an der Krankenhauszuzahlung orientieren, gilt die Erhöhung auch für diese Leistungen.

Die Zuzahlungserhöhung erfaßt nicht die erst durch dieses Gesetz in § 33 Abs. 2 eingeführte Zuzahlung bei Abgabe von bestimmten Hilfsmitteln sowie die Erhöhung der Zuzahlung zu Fahrkosten und die durch das Beitragsentlastungsgesetz erst zum 1. Januar 1997 von 12 auf 25 DM (West) bzw. von 9 auf 20 DM (Ost) täglich angehobene Zuzahlung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die keine Anschlußrehabilitation oder Mütterkuren sind. Diese Zuzahlungen werden aber wie alle auf einen Geldbetrag lautenden Zuzahlungen an der Dynamisierung ab 1. Juli 1999 teilnehmen (vgl. § 62a Abs. 1 Satz 1).

Zu Artikel 1 Nr. 11a – neu (§ 39a SGB V)

In Deutschland gibt es eine wachsende Anzahl von Hospizdiensten, deren Ziel es ist, unheilbar Kranken, besonders in der letzten Lebensphase, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Der Hospizgedanke muß auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft Verbreitung und Einfluß gewinnen. Durch ambulante Hospiztätigkeit kann langfristig ein Bewußtseinswandel herbeigeführt werden, der jedem einzelnen wieder den Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer selbstverständlichen Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich erlaubt.

Daneben sind aber in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Diese Hospize werden durch Krankenkassen, Pflegeversicherung, Sozialhilfe, durch Spenden und durch Eigenleistungen finanziert.

Umstritten war insbesondere die Finanzierung durch die Krankenkassen, die bisher ohne Rechtsgrundlage Hospize durch Zuschüsse unterstützt haben. Der Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat sich deswegen darauf verständigt, die Finanzierungsproblematik zu lösen.

Der Änderungsantrag der Koalition sieht vor, Versicherten, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, einen Anspruch auf einen Zuschuß zur stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz zu verschaffen. Ein Zuschuß kommt aber nur dann in Betracht, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht möglich ist. Dies trägt dem auch hier zu beachtenden Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung. Zur Abgrenzung stationärer Hospize von anderen Einrichtungen, die zwar auch sterbende Menschen versorgen, aber nicht das Leistungsspektrum der Hospize vorhalten, ist Voraussetzung für den Zuschuß, daß im stationären Hospiz eine palliativ-medizinische Behandlung möglich ist.

Die Höhe des Zuschusses wird an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV gekoppelt und damit durch deren jährliche Anpassung dynamisiert. Die Festlegung einer Untergrenze für den Zuschuß (ca. 250 DM), die sich ungefähr an der Hälfte der durchschnittlichen Höhe der Krankenhauspflegesätze orientiert, stellt sicher, daß sich künftig jede Krankenkasse in einem angemessenen Umfang an den Kosten der Hospizversorgung beteiligt. Bei teilstationärer Versorgung bedarf es keiner Festlegung einer verminderten Untergrenze. Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind nur dann anzurechnen, wenn durch ein ungeschmäleretes Zusammentreffen der Leistungen beispielsweise von Krankenversicherung und Pflegeversicherung ein höherer Betrag als die tatsächlich pro Tag entstandenen Kosten an das Hospiz gezahlt würde. Der Zuschuß bedeutet keine Vollfinanzierung der stationären Hospize. Auch weiterhin wird ein bedeutender Anteil der Kosten durch Eigenleistung des Versicherten, durch Spenden und durch vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufgebracht.

Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den entsprechenden Spitzenorganisationen. Dazu gehören auch die Wohlfahrtsverbände und die Spitzenorganisationen der Sozialhilfeträger. Der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung ist dabei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, weil die ärztliche Behandlung im Hospiz durch Vertragsärzte erfolgt und damit Teil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Vertragspartner sollen partnerschaftlich eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Leistungserbringung gewährleisten.

Durch die Konkretisierung der Leistungen in den Verträgen wird gleichzeitig auch der Personenkreis der anspruchsberechtigten Versicherten näher bestimmt.

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 40 SGB V)

Die Änderung bewirkt, daß zu Rehabilitationen z. B. von Suchtkranken und bei geriatrischer Rehabilitation sowie in weiteren der Anschlußrehabilitation vergleichbaren Fällen nur eine Zuzahlung wie bei Krankenhausbehandlung (West 17 DM, Ost 14 DM, längstens für insgesamt 14 Tage) zu leisten ist. Durch entsprechende Festlegung von Indikationen kann auch bewirkt werden, daß die erforderliche vorherige Behandlung nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in ambulanter vertragsärztlicher Behandlung erfolgen kann. Im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung beschließen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den Katalog der Indikationen unter Berücksichtigung des Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände.

Im Bereich der Rentenversicherung ist eine derartige spezielle Regelung nicht erforderlich, weil die Träger der Rentenversicherung aufgrund des § 32 Abs. 4 SGB VI bestimmen können, unter welchen Voraussetzungen von der Zuzahlung für eine Leistung zur stationären Rehabilitation ganz oder teilweise abgesehen werden kann, wenn sie den Versicherten oder

den Rentner unzumutbar belasten würde. Eine unzumutbare Belastung kann auch bei Vorliegen bestimmter Indikationen gegeben sein. Mit der Streichung der alten Nummer 12 wird sichergestellt, daß medizinische Rehabilitationsleistungen unverändert im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Siehe im übrigen Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 23 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 43 SGB V)

Die Änderung klärt Zweifelsfragen hinsichtlich der Anwendung der Zuzahlungsregelungen bei der sog. ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, die als Komplexleistung nach § 43 SGB V angeboten wird. Obwohl die Vorschrift nur von ergänzenden Leistungen spricht, also von Leistungen, die die übrigen im Gesetz vorhandenen Leistungen ergänzen und nicht etwa ersetzen sollen, werden für die Leistungen, die aufgrund anderer Vorschriften zuzahlungspflichtig sind (z. B. Heilmittel nach § 32 Abs. 2 SGB V), derzeit keine Zuzahlungen erhoben, wenn sie als Teil der Komplexleistung erbracht werden. Diese unterschiedliche Bewertung gleicher ambulanter Leistungen ist jedoch vom Gesetz nicht gewollt und kann auch nicht nachvollziehbar begründet werden. Deshalb wird mit der Änderung die Rechtslage klargestellt.

Satz 3 nimmt Bezug auf Satz 2, der Zuzahlungen zur ambulanten Rehabilitation regelt, die als Komplexleistung erbracht wird. Die entsprechende Geltung des § 40 Abs. 6 SGB V hat zur Folge, daß an Stelle der Zuzahlungen zu jeder einzelnen Leistung eine Zuzahlung wie zur stationären Anschlußrehabilitation tritt, wenn die ambulante Komplexleistung dieser Leistung vergleichbar ist: West 17 DM pro Tag, Ost 14 DM pro Tag, für längstens 14 Tage einschließlich Krankenhauszuzahlung.

Die Bezugnahme auf § 40 Abs. 7 bewirkt, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen unter den dort genannten Voraussetzungen auch Vereinbarungen zur näheren Ausgestaltung von ambulanten Rehabilitationskomplexleistungen treffen können.

Die Regelung verhindert, daß Rehabilitationsmaßnahmen, die auch ambulant erbracht werden können, nur deshalb stationär durchgeführt werden, weil dafür günstigere Zuzahlungsregelungen bestehen. Sie verschafft dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ auch hier Geltung.

Die Änderung stellt gleichzeitig sicher, daß ergänzende Leistungen zur Rehabilitation im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Siehe im übrigen Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 23 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 53 SGB V)

Mit dieser Änderung wird klargestellt, daß die Satzungsregelung über den Selbstbehalt so zu gestalten ist, daß die Entscheidung über dessen Inanspruchnahme nicht von der Krankenkasse, sondern vom Versicherten getroffen wird. Die Vorteile aus dem Selbstbehalt kommen ausschließlich dem Mitglied

zugute. Freiwillig versicherte Arbeitnehmer und Rentner haben Anspruch auf den ungekürzten Beitragszuschuß.

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 54 SGB V)

Mit dieser Änderung wird klargestellt, daß die Vorteile aus der Beitragsrückzahlung nur dem Mitglied, nicht aber z. B. den Arbeitgebern oder der Rentenversicherung zugute kommen. Die Änderung bewirkt ferner, daß auch Mitglieder, deren Beiträge voll von Dritten getragen werden, Beitragsrückerstattung in Anspruch nehmen können.

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 55 SGB V)

Der Änderungsantrag stellt klar, daß weder der gestrichenen Positivliste vergleichbare Wirkungen für Arzneimittel derselben Packungsgröße (N1, N2, N3) noch ähnliche Ausgrenzungswirkungen z. B. für einzelne Heilmittel durch Zuzahlungsdifferenzierungen möglich sind.

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 56 SGB V)

Die Regelung präzisiert das im Gesetzentwurf vorgesehene Verbot, Leistungserbringer außerhalb des Vertragsrechts der Krankenversicherung wie z. B. Nichtvertragsärzte in Anspruch zu nehmen.

Sie eröffnet aber den Krankenkassen die Möglichkeit, in den Bereichen, die nicht dem Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, andere Personen – z. B. Ernährungsberaterinnen/Ernährungsberater – zu beauftragen.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 60 SGB V)

Mit der Regelung werden die Krankenkassen bei den Fahrkosten, die seit langer Zeit einen überproportionalen Ausgabenanstieg aufweisen, finanziell entlastet. Vergleiche im übrigen die Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 23 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 16 (§ 61 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Zuzahlungen bei Hilfsmitteln (Einlagen, Bandagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) werden in die Härtefallregelung einbezogen. Bei der Überforderungsklausel (§ 62 SGB V) werden sie jedoch nicht berücksichtigt.

Zu Buchstabe b

Wie bisher.

Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 62 SGB V)

Die Vorschrift paßt die bisherige Regelung an das Festzuschußkonzept an. Versicherte, für die die Härtefallregelungen des § 62 gelten, erhalten je nach Einkommenslage insgesamt einen Betrag bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses. Dabei wird nach dem Festzuschußkonzept nicht mehr auf die

Höhe der Rechnung, sondern wie bei der Härtefallregelung nach § 61 (neu) auf den verdoppelten Festzuschuß abgestellt. Diese Begrenzung ist nötig, da die Gebührenordnung für Zahnärzte keine festen Gebühren kennt, sondern in ihrer Höhe flexibel ist, die Zahlungspflicht der Krankenkasse jedoch genau bestimmt sein muß.

Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 62 a SGB V)

Zu Absatz 1

Wegen des verzögerten Inkrafttretens dieses Gesetzes kann die im Entwurf vorgesehene Anpassung einiger Zuzahlungsbeträge zum 1. Juli 1997 in der Praxis nicht mehr umgesetzt werden. Deshalb erfolgt die Anpassung aller Zuzahlungsbeträge einheitlich zum 1. Juli 1999.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Folgeänderung wegen der Änderung zu Buchstabe b.

Zu Artikel 1 Nr. 20 (§§ 63 und 64 SGB V)

Zu § 63 Abs. 4

Klarstellung des Gemeinten.

Zu § 63 Abs. 5

Die Beteiligung an Modellvorhaben ist freiwillig. Es gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen.

Zu Artikel 1 Nr. 20 (§§ 63 und 64 SGB V)

Zu § 64 Abs. 1

Die Notwendigkeit für die Modellvorhaben durchführenden Krankenkassen oder ihrer Verbände, eine Vereinbarung über das Modellvorhaben mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu schließen, ist auf die Vorhaben beschränkt, in denen die Belange der Vertragsärzte unmittelbar betroffen sind. Auch Kassen unterschiedlicher Kassenarten können gemeinsam Modellvorhaben durchführen.

Zu § 64 Abs. 3

Außerhalb der Modellvorhaben nach den §§ 63ff. schließen die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) genannten Sozialversicherungsträger die für die Berechnung der Krankenhausentgelte maßgebliche Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung für alle Benutzer eines Krankenhauses. Die Pflegesätze gelten einheitlich auch gegenüber den Sozialleistungsträgern, die wegen Unterschreitens des 5%igen Anteils an den Berechnungstagen des Krankenhauses nicht an der Pflegesatzvereinbarung unmittelbar beteiligt sind und gegenüber den Selbstzahlern.

Im Rahmen von Modellvorhaben nach den §§ 63ff. können – abweichend vom Pflegesatzrecht – geson-

derte Vergütungsregelungen für die Leistungen eines Krankenhauses gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden. Beteiligen sich alle Parteien der Pflegesatzvereinbarung auf seiten der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam an einem solchen budgetrelevanten Modellvorhaben, besteht die Gefahr, daß – mangels eines eigenen (wirtschaftlichen) Interesses der Vertragsparteien an der Pflegesatzvereinbarung – Regelungen zu Lasten Dritter, die auf die Pflegesatzvereinbarung keinen unmittelbaren Einfluß nehmen können, getroffen werden. Für diesen Fall sollen daher die im Rahmen des Modellvorhabens vereinbarten, dem Budgetbereich gemäß § 12 der Bundespflegesatzverordnung zuzuordnenden Entgelte einheitlich gegenüber allen Krankenhausbenutzern gelten. Die Regelung knüpft für diesen Fall an den Grundsatz der einheitlichen Pflegesätze nach § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG an.

Soweit nach § 17 Abs. 2 a KHG Fallpauschalen und Sonderentgelte festgelegt bzw. vereinbart sind, sind den an dem Modellvorhaben nicht beteiligten Benutzern des Krankenhauses diese Entgelte in Rechnung zu stellen. Insoweit besteht nicht die Gefahr, daß schutzwürdige Interessen der nicht an der Pflegesatzvereinbarung Beteiligten vernachlässigt werden.

In allen übrigen Fällen bleibt es für die nicht an dem Modellvorhaben beteiligten Benutzer des Krankenhauses bei den auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der darauf beruhenden Rechtsvorschriften von den Pflegesatzparteien gemäß § 18 Abs. 2 KHG vereinbarten Pflegesätzen.

Zu § 64 Abs. 4

Die Vertragspartner werden ermächtigt, Modellvorhaben zur Eingrenzung des sog. „Doktor-Hopping“ durchzuführen. Das Modellvorhaben kann bestimmen, daß der Vertragsarzt im Falle einer unwirtschaftlichen Mehrfachinanspruchnahme verschiedener Vertragsärzte durch den Versicherten die Leistungserbringung davon abhängig macht, daß er mit den Versicherten im Kostenerstattungsverfahren abrechnen kann. Eine unwirtschaftliche Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten ist ausgeschlossen in den Fällen, in denen der Versicherte den Vertragsarzt erstmals im Quartal, auf Überweisung oder zur Einholung einer Zweitmeinung in Anspruch nimmt.

Klarstellung des Gemeinten.

Die Beteiligung an Modellvorhaben ist freiwillig. Es gelten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen.

Zu Artikel 1 Nr. 22 a – neu – (§ 73 a SGB V)

Die Regelung in Absatz 1 sieht vor, daß die Vertragsparteien in der vertragsärztlichen Versorgung Vereinbarungen über spezifische Formen der Leistungserbringung und der Vergütung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen treffen können.

Absatz 2 Satz 1 sieht für die Vertragspartner der Bundesmantelverträge eine Kompetenz für Rahmenver-

einbarungen vor, mit denen eine gesundheitspolitisch sinnvolle Vereinheitlichung der Strukturverträge ermöglicht werden soll. Die Vertragspartner auf der Landesebene können die Vorgaben der Rahmenvereinbarungen entsprechend den jeweiligen regionalen Bedürfnissen modifizieren.

Nach Absatz 2 Satz 2 treffen die Vertragspartner der Bundesmantelverträge die für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 in den Bundesmantelverträgen erforderlichen Regelungen.

Zu Artikel 1 Nr. 22 b – neu – (§ 75 Abs. 1 SGB V)

Die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes wird aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgegliedert, da dies keine typischerweise vertragsärztliche Aufgabe ist. Es obliegt den Krankenkassen, ihren Versicherten notärztliche Leistungen auf andere Weise zu gewähren, beispielsweise durch Verträge mit Leistungserbringern im Rahmen des Rettungsdienstes. Dem Landesgesetzgeber wird allerdings die Möglichkeit eröffnet, die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Wahrnehmung der notärztlichen Versorgung zu betrauen, sofern er dies für zweckmäßig hält.

Zu Artikel 1 Nr. 22 c – neu – (§ 76 SGB V)

Die Koordination der Inanspruchnahme von Ärzten durch die Versicherten ist durch geeignete Verfahren zu verbessern, die durch die Selbstverwaltungspartner bestimmt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 22 d – neu – (§ 84 SGB V)

Zu Buchstabe a

Die Vertragspartner werden verpflichtet, das Budget durch Richtgrößen abzulösen. Die Richtgrößen sind kassenartenübergreifend, aber getrennt nach Arznei-, Verband- und Heilmittel zu vereinbaren. Sie können auch gemeinsam vereinbart werden. Die Richtgrößen sind an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) auszurichten.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Änderung des Absatzes 3.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung.

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 85 SGB V)

Die neue Form der zu vereinbarenden Gesamtvergütung sichert dem einzelnen Arzt feste Punktwerte für die von ihm erbrachten Leistungen zu, soweit das Gesamtvolumen der von ihm abgerechneten Leistungen eine Obergrenze, das sog. Regelleistungsvolumen, nicht übersteigt. Die Ausnahme von der Abstaffelungsregelung soll gewährleisten, daß förderungswürdige Leistungen wie z. B. Wochenend- oder Notdienst von einer Abstaffelung unberührt bleiben kön-

nen. In diesem Zusammenhang können auch die mit der Weiterbildung von Ärzten in den Arztpraxen verbundenen zusätzlichen Kosten berücksichtigt werden.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung wird die Gesamtvergütung für die Vertragszahnärzte nach Einzelleistungen auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes oder nach den in Satz 9 genannten Kriterien vereinbart; die Vorschriften zum Regelleistungsvolumen gelten aufgrund der Besonderheiten in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht.

Die Vertragspartner sind gehalten, sich bei der Vereinbarung der Punktwerte und des Regelleistungsvolumens an den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und der Beitragsatzstabilität auszurichten.

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 87 a SGB V)

Zu § 87 a Satz 2

Durch die Fristsetzung in § 30 a Abs. 3 Satz 1 und die Fristsetzung in § 87 a Satz 2 soll sichergestellt werden, daß der im Steigerungsfaktor beschränkte Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes für eine Übergangsphase von zwei Jahren nach Wirksamwerden der Festzuschüsse, längstens aber bis zum Ablauf des 31. Dezember 1999, begrenzt bleibt.

Zu § 87 a Satz 3

Folgeänderung zur Änderung des § 30 a Abs. 3 Satz 3.

Zu Artikel 1 Nr. 27 a – neu – (§ 92 SGB V)

Zu Buchstabe a

Dem Bundesausschuß wird ausdrücklich aufgegeben, Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu erlassen.

Zu Buchstabe b

Um sicherzustellen, daß bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln die Sachkenntnis der pharmazeutischen Hersteller, der Apotheker sowie der Sachverständigen der besonderen Therapierichtungen berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß gesetzlich verpflichtet, die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen gebildeten maßgeblichen Organisationen der pharmazeutischen Hersteller, der Apotheker sowie der Dachverbände der Ärztesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen. Der Bundesausschuß hat sich mit deren Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist und warum der Bundesausschuß ihnen ggf. nicht gefolgt ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und auch die Leistungsverpflichtung der Ärzte konkretisiert.

Zu Buchstabe c

Um sicherzustellen, daß bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Verordnung ambulanter und stationärer medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die Sachkenntnis der Erbringer dieser Leistungen berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß – wie bei Erarbeitung anderer den Aufgabebereich nichtvertragsärztlicher Leistungserbringer berührender Richtlinien – gesetzlich verpflichtet, die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen gebildeten maßgeblichen Organisationen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationserbringer auf Bundesebene in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen. Der Bundesausschuß hat sich mit deren Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist und warum der Bundesausschuß ihnen ggf. nicht gefolgt ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und auch die Leistungsverpflichtung der Ärzte konkretisiert.

Satz 2 entspricht dem geltenden Recht.

Zu Buchstabe d

Absatz 6 stellt klar, zu welchen Kernbereichen die Richtlinien auf jeden Fall Regelungen zu treffen haben.

Um sicherzustellen, daß die Sachkenntnis der Heilmittelerbringer bei der Erarbeitung der Richtlinien berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Vertreter dieser Leistungserbringer auf Bundesebene in die Erarbeitung der Richtlinien einzubeziehen. Zwar haben die Heilmittelerbringer schon jetzt Gelegenheit, ihre Vorstellungen dem Bundesausschuß zur Kenntnis zu geben. Durch die gesetzliche Verankerung soll ihrer Mitwirkung jedoch ein größeres Gewicht gegeben werden. Der Bundesausschuß hat sich mit den von den Heilmittelerbringern vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus seiner Entscheidung muß erkennbar sein, daß dies geschehen ist und warum der Bundesausschuß ihnen ggf. nicht gefolgt ist. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt allerdings beim Bundesausschuß, der durch seine Richtlinien das Leistungsrecht der Versicherten und die Leistungsverpflichtung der Ärzte konkretisiert.

Auch das Recht, die Prüfung neuer Heilmittel zu beantragen, verbleibt bei den Ärzten und Krankenkassen als denjenigen, deren Rechte und Pflichten der Bundesausschuß unmittelbar regelt. Allerdings gilt auch hier, daß die Heilmittelerbringer ein informelles Initiativrecht haben. Außerdem sind ihre Stellungnahmen bei der Beschlußfassung über neue Heilmittel nach § 138 einzubeziehen, da über diese Heilmittel ebenfalls im Bundesausschuß durch Richtlinien entschieden wird.

Zu Buchstabe e

Dem Bundesausschuß wird ausdrücklich aufgegeben, zu den Zielen, die die Vertragsärzte mit der Ver-

ordnung der häuslichen Krankenpflege verfolgen, Richtlinien zu erlassen, damit dem Vertragsarzt eine sachgerechte Verordnung häuslicher Krankenpflege ermöglicht wird.

Die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege haben Regelungen über die Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem die Verordnung ausführenden Leistungserbringer und dem Krankenhaus zu treffen, da eine effektive Zusammenarbeit zwischen diesen Stellen notwendige Voraussetzung für eine zielfördernde Leistungserbringung ist.

Um sicherzustellen, daß bei der Erarbeitung der Richtlinien die Sachkenntnis der Erbringer häuslicher Krankenpflege und der Krankenhäuser berücksichtigt wird, wird der Bundesausschuß – wie bei der Erarbeitung anderer den Aufgabenbereich nichtärztlicher Leistungserbringer berührender Richtlinien – gesetzlich verpflichtet, neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft die maßgeblichen Vertreter der Erbringer häuslicher Krankenpflege auf Bundesebene in die Richtlinien einzubeziehen. Das sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste (vgl. § 71 SGB XI), die in privater Trägerschaft stehen, sowie die Vertreter der freigemeinnützigen Träger auf Bundesebene, sofern die Pflegedienste einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem Wohlfahrtsverband angehören. Mit dieser Differenzierung wird den besonderen Belangen der freigemeinnützigen Träger Rechnung getragen.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung.

Zu Artikel 1 Nr. 27b – neu – (§ 95 Abs. 9 SGB V)

Folgeänderung zu § 101 Abs. 1 Nr. 5. Die Voraussetzungen für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen werden zukünftig nicht nur in den Zulassungsverordnungen, sondern auch in den Richtlinien der Bundesausschüsse geregelt.

Zu Artikel 1 Nr. 27c – neu – (§ 101 SGB V)

Zu Buchstabe a

Um die geltende Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung (regionale Versorgungsplanung) zu flexibilisieren, wird den Bundesausschüssen aufgegeben, in Richtlinien Regelungen für das Job-sharing in Gemeinschaftspraxen und für die erleichterte Anstellung von Ärzten zu schaffen. Beide Flexibilisierungstatbestände haben zur Voraussetzung, daß der Leistungsumfang der Arztpraxis dadurch nicht wesentlich erweitert wird. Ziel dieser Regelungen ist es, den Bedürfnissen vieler Ärzte nach individueller Festlegung ihres Arbeitseinsatzes nachzukommen und zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte zu schaffen, ohne mit diesen Regelungen die Gefahr einer Leistungsausweitung auszulösen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 1 Nr. 4 ermöglicht in überversorgten Planungsbereichen, in denen nach geltendem Recht eine vertragsärztliche Zulassung nur in den Fällen der Praxisübergabe oder aufgrund von qualitätsbezogenen Sonderbedarfsfeststellungen (vgl. Nummer 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) möglich ist, die Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, sofern er zusammen mit einem bereits niedergelassenen Arzt eine Gemeinschaftspraxis bildet. Für die sich zusammenschließenden Ärzte ist Fachgebietsidentität notwendig, da diese besondere Form der Gemeinschaftspraxis voraussetzt, daß durch sie Art und Umfang der Leistungen des bisherigen Praxisinhabers nicht ausgeweitet werden, d. h. die Praxisidentität muß erhalten bleiben. Deshalb ist Voraussetzung für die Zulassung, daß sich die Praxisinhaber zu Leistungsbegrenzungen in Höhe des bisherigen Praxisumfangs verpflichten. Die Veränderung durch die zusätzliche Zulassung besteht lediglich darin, daß ein Teil der Leistungen, die der bisherige Praxisinhaber allein erbracht hat, jetzt von dem dazukommenden Arzt erbracht wird. Der Beitrag, den die Praxis oder die Einrichtung zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten leistet, ändert sich durch das Hinzukommen des neuen Vertragsarztes nicht wesentlich. Dies rechtfertigt, die Neuzulassung bei den Feststellungen zum Versorgungsgrad nicht mitzurechnen. Die Praxisidentität wäre nicht gegeben bei fachfremden Gemeinschaftspartnern. Deshalb ist eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis in Form des Job-sharing nicht möglich.

Auch in den Einrichtungen nach § 311 (Polikliniken usw.) in den neuen Bundesländern wird das Job-sharing entsprechend ermöglicht. Dies bedeutet, daß für jeden dort tätigen und in der Bedarfsplanung angerechneten Arzt ein weiterer Arzt angestellt werden kann. Voraussetzung ist auch hier die Fachgebietsidentität sowie die Pflicht der Einrichtung zur Leistungsbegrenzung. Jeder zusätzliche Arzt wird, wie die bereits dort tätigen Ärzte, ordentliches Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung.

In Satz 1 Nr. 5 wird den Bundesausschüssen aufgegeben, Regelungen zu treffen, die die Anstellung eines Arztes in einer Vertragsarztpraxis erleichtern. Bisher ist von der durch das Gesundheitsstrukturgesetz geschaffenen Möglichkeit, einen Arzt anzustellen, in der Praxis nicht häufig Gebrauch gemacht worden, weil der angestellte Arzt bei den Feststellungen zum Versorgungsgrad mitberücksichtigt werden muß. Außerdem war bis zum Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Juni 1996 – 6 RKA 84/95 – nicht klar, ob Fachgebietsidentität zwischen Praxisinhaber und angestelltem Arzt vorliegen muß. Durch die Neuregelung werden die Fachgebietsidentität festgeschrieben und die Tätigkeit des angestellten Arztes aus den Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad ausgenommen. Dafür muß sich der Vertragsarzt, will er einen Arzt in seiner Praxis anstellen, zur Leistungsbegrenzung verpflichten. Denn Ziel der Regelung ist u. a. zwar die Flexibilisierung der Leistungserbringung, jedoch nicht die Ermöglichung von Leistungsausweitungen. Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung hat nicht nur für die Anstel-

lung eines Arztes in einem gesperrten Planungsbereich, sondern auch für die Anstellung in einem offenen Planungsbereich zu gelten. Anderenfalls müßte man den angestellten Arzt aus verfassungsrechtlichen Gründen bei der Feststellung zum örtlichen Versorgungsgrad in offenen Planungsbereichen mitrechnen. Dies würde die Zulassungschancen niederlassungswilliger Ärzte schmälern. Außerdem macht die ausnahmslose Leistungsbegrenzung deutlich, daß durch die Anstellung eines Arztes – ebenso wie durch die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten – sich der Charakter der Tätigkeit des Praxisinhabers als die eines Freiberuflers nicht ändert. Auch die vom angestellten Arzt ausgeführten ärztlichen Tätigkeiten stehen unter der persönlichen Aufsicht des Praxisinhabers und werden von diesem medizinisch verantwortet. Sie gewinnen dadurch nicht den Charakter einer gewerblichen Tätigkeit, sondern bleiben – auch unter Zugrundelegung der steuerrechtlichen Anforderungen an eine freiberufliche Tätigkeit, vgl. das Urteil des Bundesfinanzhofs vom 1. Februar 1990 – IV R 140/88, MedR 1991, 50ff. – eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde durch den Praxisinhaber.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Streichung des Satzes 5 ist eine Folgeänderung der Neuregelung in Satz 1 Nr. 5. Die angestellten Ärzte werden zukünftig bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nicht berücksichtigt.

Zu Buchstabe b

In Absatz 2 werden die Bundesausschüsse über die bereits jetzt in § 101 geregelten Kompetenz hinaus, erstmalig die Verhältniszahlen aufgrund der in § 101 festgelegten Berechnungsweise festzusetzen, beauftragt, die Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen.

Diese Kompetenz wird den Bundesausschüssen übertragen, weil sie als Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen die hier zu regelnden Tatbestände am sachkundigsten beurteilen können. Der Gesetz- oder Ordnungsgeber wird damit von Detailregelungen entlastet, deren tatsächliche Grundlagen für Außenstehende schwer erkennbar sind und auf deren Veränderungen der Gesetz- oder Ordnungsgeber oftmals nicht rasch genug reagieren kann (vgl. auch BSG, Urteil vom 20. März 1996 – VI Rka 62/94 – S. 12).

Diese Rechtsetzung in Form von Richtlinien durch die Bundesausschüsse erhält ihre Legitimation zusätzlich durch das in § 94 SGB V geregelte Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit, wodurch der Normgeber in die Verantwortung für den Normerlaß einbezogen wird (vgl. auch Tempel-Krominga, Die Problematik der Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach dem neuen Recht des SGB V, S. 101).

Im einzelnen wird den Bundesausschüssen diese Ermächtigung gegeben bei Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen, z. B. wenn das Weiterbildungsrecht neue Facharztgruppen bildet, darüber hinaus, wenn die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe

bundesweit die Zahl 1 000 übersteigt (eine entsprechende Regelung findet sich bereits in Nummer 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte, nach der Verhältniszahlen für Arztgruppen mit weniger als 1 000 Vertragsärzten nicht bestimmt werden). Ein weiteres Kriterium für die Anpassung der Verhältniszahlen ist die Gewährleistung des Zugangs einer ausreichenden Mindestzahl von Ärzten in den einzelnen Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll die derzeitige Bedarfsplanung als lediglich regionale Verteilungsregelung ohne absolute Zugangsbeschränkung abgesichert werden. Das in Nummer 4 genannte Kriterium der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung entspricht dem bisher in § 16 a der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und für Vertragszahnärzte genannten Maßstab. Hierbei ist z. B. daran gedacht, daß sich aufgrund von Morbiditätsveränderungen die bisherige ärztliche Versorgung als nicht mehr ausreichend herausstellt.

In Satz 2 wird das Datum festgelegt, von dem bei den Anpassungen und der Neufestlegung der Verhältniszahlen auszugehen ist.

Absatz 3 regelt die Rechtsfolgen einer Zulassung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Die Zulassung wandelt sich bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen und unabhängig davon spätestens nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit gesetzlich in eine Vollzulassung um, ebenso entfällt die Leistungsbegrenzung. Dies gilt für die Einrichtungen nach § 311 und die dort zusätzlich angestellten Ärzte entsprechend.

Wird, solange Zulassungsbeschränkungen bestehen, der Anteil des anderen Partners an der Gemeinschaftspraxis zur Praxisfortführung ausgeschlossen, so ist bei der Auswahl der Bewerber nach § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit eines Arztes erst nach fünfjähriger Dauer zu berücksichtigen. Die fünfjährige Mindestzeit ist notwendig, da anderenfalls durch eine kurzfristige (Schein-)Aufnahme eines Partners in eine Gemeinschaftspraxis die Chancen der anderen Bewerber um die Praxisnachfolge ungerechtfertigt geschmälert würden und damit die Gefahr bestünde, daß Ärzte darauf angewiesen wären, in gesperrten Gebieten nur noch über den Weg als Juniorpartner in einer Gemeinschaftspraxis eine Zulassung zu erlangen. Dies würde dem Sinn und Zweck des § 103 Abs. 4 Satz 3 SGB V widersprechen.

Zu Artikel 1 Nr. 27 d – neu – (§ 103 Abs. 7 SGB V)

Will in einem gesperrten Planungsbereich ein Krankenhausträger eine belegärztliche Tätigkeit anbieten, so hat er dies auszuschreiben. Er darf einen Belegarztvertrag mit einem dort nicht bereits niedergelassenen Vertragsarzt nur abschließen, wenn sich in dem Planungsbereich kein Vertragsarzt für die Tätigkeit findet.

Trotz Zulassungsbeschränkungen ist dem Arzt, mit dem der Krankenhausträger den Belegarztvertrag abgeschlossen hat, die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erteilen, da er anderenfalls die belegärztliche Tätigkeit nicht ausüben könnte. Diese

ausnahmsweise mögliche Zulassung ist der belegärztlichen Tätigkeit grundsätzlich akzessorisch; d. h. sie erlischt, wenn die belegärztliche Tätigkeit endet. Allerdings bekommt der Arzt bei Aufhebung der Zulassungssperre eine Vollzulassung, da in einem nicht gesperrten Planungsbereich die Gefahr, daß die belegärztliche Tätigkeit als Durchgangsstation für die Erlangung einer Zulassung mißbraucht werden könnte, nicht gegeben ist. Bei ununterbrochenem Fortbestand der Zulassungsbeschränkung entfällt nach zehnjähriger Dauer des Belegarztvertrages die Verknüpfung der Zulassung mit der belegärztlichen Tätigkeit. Diese Entkoppelung der Zulassung von der belegärztlichen Tätigkeit trägt den berechtigten Interessen des Belegarztes Rechnung, in der Ausübung seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit nicht auf Dauer von einem Belegarztvertrag abhängig zu sein.

Bei der Feststellung des Versorgungsgrades im Planungsbereich nach § 103 Abs. 1 SGB V wird die beschränkte Zulassung voll mitberücksichtigt, da dieser Arzt wie jeder andere zur Versorgung der Versicherten beiträgt.

Bei Praxisübergabe nach § 103 Abs. 4 SGB V geht die Bindung der Zulassung des abgebenden Arztes auf die Zulassung des Praxisübernehmers über. Voraussetzung für die Zulassung des Praxisübernehmers ist also, daß der Krankenhausträger einwilligt, daß der Praxisübernehmer in den bestehenden Belegarztvertrag eintritt.

Zu Artikel 1 Nr. 27e – neu – (§ 104 Abs. 2 SGB V)

Die Regelung ist überflüssig, da die Kompetenzen für Anpassungen und Neufestsetzungen der Verhältniszahlen vom Ordnungsgeber der Zulassungsverordnungen (dem Bundesministerium für Gesundheit) auf die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen übertragen werden, die in Richtlinien darüber zu beschließen haben (§ 101 Abs. 2 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 29a – neu – (§ 111 a SGB V)

Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Leistungsbereich „Kuren und Rehabilitation“ werden erweitert. Dazu wird in Anlehnung an § 112 (zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) und in Übereinstimmung mit entsprechenden Regelungen in anderen Leistungsbereichen, wie z. B. für Heilmittel in § 125, das Instrument der Rahmenempfehlungen gewählt, und zwar sowohl für ambulante als auch für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen; hierzu gehören auch die ärztlichen Leistungen, die Kurärzte nach den Kurarztverträgen erbringen, sowie Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren.

Nach Satz 1 sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Organisationen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam Rahmenempfehlungen über medizinische Vorsorgeleistungen (s. §§ 23, 24) und medizinische Rehabilitationsleistungen (s. §§ 40, 41, 43) abgeben. Die Empfehlungen erstrecken sich auf Ange-

legenheiten von grundsätzlicher Bedeutung, die bundeseinheitlich geregelt und gehandhabt werden sollten. Zulässig sind auch mehrere getrennte Rahmenempfehlungen, etwa wenn die Selbstverwaltung zunächst nur für einen Teil der Regelungsgegenstände oder nur für den ambulanten bzw. den stationären Sektor eine Einigung erzielt. Für die Willensbildung der Spitzenverbände der Krankenkassen gilt § 213 Abs. 2, für die Willensbildung der Verbände der Leistungserbringer ausnahmslos das Konsensprinzip.

In Satz 2 sind die wichtigsten Regelungsgegenstände aufgeführt. Besonderheiten einzelner Patientengruppen sind naturgemäß jeweils zu berücksichtigen, beispielsweise die entwicklungspezifischen Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen. Zu den Regelungsgegenständen zählen die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die Definition von Indikationskriterien einschließlich der Festlegung der individuellen Voraussetzungen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten, Kriterien zur Flexibilisierung der in § 23 Abs. 5 Satz 1 und 2 und § 40 Abs. 3 Satz 1 sowie in § 24 Abs. 2 und § 41 Abs. 2 getroffenen Regelungen zur Dauer von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens. Die Konkretisierung des Indikationsbezuges als Voraussetzung für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen soll dazu beitragen, die Zielgerichtetheit zu verbessern. Kriterien für eine den medizinischen Notwendigkeiten angepaßte Abweichung von der dreiwöchigen Regeldauer sind insbesondere für Kinderkuren von Bedeutung. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen dazu beitragen, die Qualität der erbrachten Leistungen zu beurteilen und die notwendigen Verbesserungen vorzunehmen, wozu auch integrierte Therapiepläne sowie die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen in den Einzeleinrichtungen gehören. In die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind auch die Leistungen ambulanter Rehabilitationszentren (vgl. § 43) einzubeziehen. Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens sind naturgemäß nur denkbar, soweit Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen planbar sind, die medizinische Notwendigkeit also nicht entgegensteht. Kontinuität und Stabilität des Leistungsgeschehens sind sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer von besonderer Wichtigkeit; dementsprechend soll die in Satz 2 Nr. 8 vorgesehene Regelung insbesondere ein Controlling während des gesamten Kalenderjahres umfassen, damit alle Beteiligten jederzeit u. a. über die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen und die Inanspruchnahme der Einrichtungen unterrichtet sind und erforderlichenfalls korrigierend eingreifen können.

Die Belange der Vertragsärzteschaft werden insbesondere bei Regelungen über ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen berührt, teilweise aber auch im stationären Sektor. Deshalb ist vor dem Abschluß von Rahmenempfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Beteiligung der Deutschen

Krankenhausgesellschaft ist lediglich im Hinblick auf Kooperationsregelungen (s. Satz 2 Nr. 5) geboten. Ein Vetorecht besteht nicht.

Zu Artikel 1 Nr. 30 a – neu – (§ 115 b SGB V)

Auf der Grundlage des § 115 b wurde mit Wirkung vom 1. Oktober 1994 eine bundesweite Vereinbarung zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren abgeschlossen. Daneben gibt es eine Richtlinie der Bundesärztekammer zu demselben Regelungsbereich; diese überschneiden sich teilweise. Um zu verhindern, daß Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren für das Krankenhaus und die vertragsärztliche Praxis uneinheitlich sind, wird in Absatz 1 Satz 2 geregelt, daß Vorgaben der ärztlichen Selbstverwaltung im Rahmen der bundesweiten Vereinbarungen zu berücksichtigen sind.

Zu Artikel 1 Nr. 32 a – neu – (§ 125 SGB V)

Absatz 1 ermöglicht den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich (mit der Rechtsfolge des § 213 Abs. 2 bei Nichteinigung) und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene, gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit Heilmitteln abzugeben, um eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Dazu zählen vor allem bundesweit einheitliche Leistungsdefinitionen einschließlich der Regelbehandlungszeiten der einzelnen Anwendungen und ihre Frequenz, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie Bestimmungen zur Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer, um die Patientenversorgung zu optimieren. Außerdem können Empfehlungen zu neuen Vergütungsstrukturen (z. B. Komplexgebühren) abgegeben werden. Möglich sind sowohl eine einheitliche Rahmenempfehlung für alle Leistungsbereiche oder auch mehrere Rahmenempfehlungen mit den jeweils für einen Leistungsbereich (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) zuständigen Spitzenorganisationen.

Wegen des engen sachlichen Zusammenhanges zwischen den Rahmenempfehlungen nach dieser Vorschrift und den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses ist deren Inhalt bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zu beachten. Da die Vertragsärzte von dieser Rahmenempfehlung mittelbar betroffen sind, ist ihre Stellungnahme rechtzeitig vor Abschluß der Rahmenempfehlungen einzuholen und in den Prozeß der Entscheidungsfindung für die Rahmenempfehlungen einzubeziehen.

In Absatz 2 werden die durch Zeitablauf überholten Sätze 2 und 3 gestrichen, ansonsten übernimmt Absatz 2 das bisherige Recht.

Zu Artikel 1 Nr. 32 b (§ 128 SGB V)

Durch die Gesetzesänderung wird den Hilfsmittelerbringern und den Herstellern von Hilfsmitteln bei der

Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis ein größeres Mitspracherecht eingeräumt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich mit den von den Hilfsmittelerbringern und den Herstellern von Hilfsmitteln vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen. Aus der Entscheidung muß ersichtlich sein, daß dies erfolgt ist und warum die Spitzenverbände der Krankenkassen ggf. davon abgewichen sind. Das Letztentscheidungsrecht bleibt bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Zu Artikel 1 Nr. 32 c – neu – (§ 132 SGB V)

Folgeänderung zu Nummer 32 d – neu.

Zu Artikel 1 Nr. 32 d – neu – (§ 132 a SGB V)

Absatz 1 ermöglicht den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich (mit der Rechtsfolge des § 213 Abs. 2 bei Nichteinigung) mit den maßgeblichen Vertretern der Erbringer häuslicher Krankenpflege auf Bundesebene gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu vereinbaren, um eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Bei den in Satz 1 genannten Vertretern der Leistungserbringer handelt es sich um die maßgeblichen Organisationen der Pflegedienste (vgl. § 71 SGB XI), die in privater Trägerschaft stehen, sowie die Vertreter der freigemeinnützigen Träger auf Bundesebene, sofern die Pflegedienste einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem Wohlfahrtsverband angehören. Mit dieser Differenzierung wird den besonderen Belangen der freigemeinnützigen Träger Rechnung getragen.

Zu den Empfehlungsinhalten zählen insbesondere: die inhaltlichen Leistungsbeschreibungen einschließlich der Abgrenzung der einzelnen Arten der häuslichen Krankenpflege voneinander (Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung), die Eignung der Leistungserbringer, d. h. die persönlichen und sächlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie Regelungen zur Zusammenarbeit der Erbringer der häuslichen Krankenpflege mit den Vertragsärzten und den Krankenhäusern, um die Patientenversorgung zu optimieren. Außerdem sind grundsätzliche Regelungen für Vergütungen zu treffen.

Wegen des engen sachlichen Zusammenhanges zwischen den Rahmenempfehlungen und den Richtlinien des Bundesausschusses zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist deren Inhalt bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen. Da die Vertragsärzte bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege von den Regelungen dieser Rahmenempfehlungen (z. B. die Regelungen über den Inhalt der einzelnen Arten der häuslichen Krankenpflege) betroffen sind ebenso wie die Kranken-

häuser, wenn es um die Frage geht, ob stationäre Versorgung notwendig oder weiter notwendig ist, sind die Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft rechtzeitig vor Abschluß der Rahmenempfehlungen einzuholen und in den Prozeß der Entscheidungsfindung für die Rahmenempfehlungen einzubeziehen.

Wie bereits nach geltendem Recht ist in Absatz 2 vorgesehen, daß über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über Preise und Abrechnung die einzelnen Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Satz 2, der das Gebot an die Krankenkassen enthält, auf eine wirtschaftlich und preisgünstige Leistungserbringung zu achten, entspricht dem geltenden Recht. Gleiches gilt für die Verpflichtung in Satz 3, bei der Auswahl der Leistungserbringer der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege Rechnung zu tragen. Des weiteren ist die in Satz 4 den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit, die häusliche Krankenpflege auch durch angestellte Personen erbringen zu lassen, bereits geltendes Recht.

Zu Artikel 1 Nr. 32e – neu – (§ 134 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Wie bisher bleibt der Vergütungsanspruch freiberuflicher Hebammen für Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf die hierfür durch Rechtsverordnung bestimmten Vergütungen begrenzt. Die Streichung des Satzes 3 stellt aber klar, daß Hebammen für weitergehende, nicht von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfaßte Leistungen, die sie auf Verlangen der Versicherten erbringen, von dieser eine gesonderte Vergütung beanspruchen können.

Zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 135 SGB V)

Zu § 135 Abs. 1

Es wird klargestellt, daß den besonderen Therapie- richtungen Rechnung getragen werden kann.

Zu § 135 Abs. 2

Satz 1 erweitert die Befugnisse für die Festlegung von Qualitätsanforderungen (z. B. Praxisausstattung), deren Erfüllung durch die Ärzte Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung sein kann. Die Änderung in Satz 2 trägt dem Grundsatz Rechnung, daß die Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung primär Aufgabe der Ärzteschaft ist. Regelungsort für ein entsprechendes Regelungssystem ist daher vorrangig das ärztliche Berufsrecht. Für die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet dies, daß die von den Ärztekammern festgelegten landesrechtlichen Regelungen zur Berufsausübung als ausreichende Qualitätsanforderung gelten, wenn gewährleistet ist, daß sie bundesweit Anwendung finden und die Qualitätsvorgaben des Bundesmantelvertrages gewahrt sind.

Zu § 135 Abs. 3

Absatz 3 erweitert den Spielraum der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Richtlinien zur Qualitätssicherung.

Zu Artikel 1 Nr. 33 b – neu – (§§ 137 a und 137 b SGB V)

Zu § 137 a

Die Verpflichtung zur Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung im stationären Bereich sowie der Abschluß von Verträgen hierüber ist Gegenstand der Regelungen nach § 137 i. V. m. § 112 SGB V.

Aufgrund unterschiedlicher Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V und im ärztlichen Berufsrecht wurde in der Vergangenheit eine effektive und harmonische Entwicklung von entsprechenden Maßnahmen erschwert. Durch den neuen § 137 a soll dieses Spannungsverhältnis durch eine klare Kompetenzzuweisung aufgelöst werden. Damit wird der Gestaltungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung vergrößert, so daß besonderen, ergebnisorientierten Qualitätssicherungsmaßnahmen seitens der Ärzteschaft nichts mehr im Wege steht.

Absatz 1 regelt, daß die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im Wege einer Vereinbarung Festlegungen darüber treffen, für welche ärztlichen Leistungen besondere Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzusehen sind. Als Vertragspartner ist neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmalig innerhalb des SGB V die Bundesärztekammer vorgesehen.

Durch die Regelung in Absatz 2 wird die Bundesärztekammer beauftragt, für die nach Absatz 1 bestimmten ärztlichen Leistungen Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beschließen, wobei offengelassen wird, wer an der Erarbeitung der jeweiligen Anforderungen beteiligt wird; dies können beispielsweise die entsprechenden Fachgesellschaften sein. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird ein Anhörungsrecht eingeräumt. Bei der Beschlußfassung hat die Bundesärztekammer die Stellungnahmen der anderen Vertragspartner einzubeziehen.

Mit der Regelung in Absatz 3 werden die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgefordert, bundeseinheitliche Vorgaben für die Anwendung der nach Absatz 2 beschlossenen Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu machen. Diese bundeseinheitlichen Vorgaben sind als Rahmenempfehlung entsprechend § 112 Abs. 5 zu vereinbaren. Darüber hinaus müssen sie Empfehlungen über die Prüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die nach § 137 Satz 4 beteiligten Ärztekammern sowie über deren Finanzierung enthalten.

Zu § 137 b

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Jahresgutachten 1989 empfohlen, eine Einrichtung zur För-

derung der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung zu schaffen. Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin, in der neben den Leistungserbringern auch die Krankenkassen vertreten sind, hat sich mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage einer Vereinbarung im Dezember 1993 konstituiert. Ihr Ziel ist es, die Qualitätssicherung auf Bundesebene dadurch voranzubringen, daß sie insbesondere Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung im Sinne einer Einheitlichkeit von Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen trifft. Darüber hinaus hat sie sich zum Ziel gesetzt, laufend den Qualitätssicherungsbedarf in Deutschland festzustellen, sich daraus ergebende Fördermaßnahmen auch zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu koordinieren, Hilfestellung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen zu leisten sowie eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Nachdem die Arbeitsgemeinschaft in den abgelaufenen drei Jahren zu einer festen Größe im deutschen Gesundheitswesen geworden ist, wird sie gesetzlich verankert, was ihre Bedeutung für die Zukunft unterstreicht.

Zu Artikel 1 Nr. 33 c – neu – (§ 175 Abs. 4 SGB V)

Die Vorschrift erweitert die mit dem 1. GKV-Neuordnungsgesetz eingeführte Möglichkeit des vorzeitigen Kassenwechsels. Auch bei einem Abbau oder einer Ausweitung von Leistungen, die nach § 194 Abs. 1 Nr. 3 in der Satzung der Krankenkasse geregelt sind (z. B. Zuschüsse zu ambulanten Vorsorgekuren oder Müttergenesungskuren oder deren volle Kostenübernahme), soll das Mitglied ein außerordentliches Kündigungsrecht erhalten. Dadurch sollen Wirtschaftlichkeitsanreize verstärkt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 222 SGB V)

Aufgrund der Streichung der paritätisch finanzierten Satzungsleistungen (vgl. z. B. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzentwurfs) ist diese Vorschrift nicht mehr erforderlich.

Zu Artikel 1 Nr. 35 a – neu – (§ 275 Abs. 3 a SGB V)

Folgeänderung zu Artikel 9 – Aufhebung der Pflegepersonalregelung.

Zu Artikel 1 Nr. 35 b – neu – (§ 303 SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch Zeitablauf erledigt.

Zu Buchstabe b

Der Vergütungsausschluß bei Nichtauftragung des Diagnoseschlüssels tritt erst ein, wenn das Bundesministerium für Gesundheit die überarbeitete Fassung des 4stelligen Schlüssels der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Fassung bekanntgibt.

Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 305 SGB V)

Die Regelung sieht vor, daß die Versicherten über die von ihnen in Anspruch genommenen ärztlichen, zahnärztlichen und Krankenhausleistungen sowie die damit verbundenen Ausgaben der Krankenkassen zeitnah unterrichtet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 37 – neu – (§ 310 SGB V)

Zu Buchstabe a

Durch die Erhöhung der Zuzahlungsbeträge zu Krankenhausbehandlung, Anschlußrehabilitation und Mütterkuren erhalten die Krankenkassen zusätzliche finanzielle Mittel, die zum Abbau des 1996 entstandenen Defizits verwendet werden können.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird klargestellt, daß auch die Zuzahlungsbeträge-Ost nach § 62 a angepaßt werden.

Zu Artikel 1 a – neu – (§ 30 SGB V)

Die Vorschrift verringert den Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse um 5 Prozentpunkte. Dadurch ergeben sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung Einsparungen und beim Versicherten Anreize zur Inanspruchnahme besonders wirtschaftlicher Versorgungsformen.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1 (§ 8 Abs. 3 KVLG 1989)

Durch die Neufassung des § 65 SGB V (Artikel 1 Nr. 20) ist die Vorschrift des § 8 Abs. 3 KVLG 1989 entbehrlich geworden. Sie wird deshalb aufgehoben.

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

Wie bisher.

Zu Artikel 2 a – neu –

Die Änderung überträgt die in Artikel 3 vorgesehene Änderung der Reichsversicherungsordnung auf den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 2 b – neu –

Die Regelung bewirkt, daß die bisherigen Beitragsbemessungsmaßstäbe in der Krankenversicherung der Landwirte (LKV) zwei Jahre länger (2001 statt 1999) erhalten bleiben. Inzwischen liegen die ersten Erfahrungen mit dem durch das Agrarsozialreformgesetz 1995 (ASRG 1995) geschaffenen Maßstab zur Ermittlung des Arbeitseinkommens aus der Land- und Forstwirtschaft für die Alterssicherung der Landwirte vor. Eine Übertragung dieser Grundlagen auf die LKV, wie sie im ASRG 1995 mit Wirkung vom 1. Januar 1999 vorgesehen ist, bedarf noch genauer Prüfung wegen der damit möglicherweise verbundenen Auswirkungen. Die endgültige Entscheidung

darüber soll nicht mehr in dieser, sondern spätestens zur Mitte der nächsten Legislaturperiode getroffen werden.

Zu Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe a (§ 17 Abs. 2a KHG)

Zu § 17 Abs. 2a Satz 2, 3 und 7

Artikel 5 Nr. 4 Buchstabe a überträgt die Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge an die Selbstverwaltung. Dies soll nicht wie ursprünglich vorgesehen erst für den Pflegesatzzeitraum 1999, sondern bereits für 1998 erfolgen. Die Selbstverwaltung kann bereits im Herbst 1997 Veränderungen für den Pflegesatzzeitraum 1998 vereinbaren, z. B. bei den Leistungsdefinitionen oder der Entgelthöhe.

Zu § 17 Abs. 2a Satz 3

Bei der Entwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge sind neben ökonomischen auch medizinische Fragestellungen zu berücksichtigen. Die Bundesärztekammer soll deshalb über Leistungs- bzw. Entgeltdefinitionen informiert werden und Gelegenheit erhalten, Fachinformationen einzubringen und Beurteilungen abzugeben. Dies gilt nicht für Fragen der Entgelthöhe. Die Bundesärztekammer erhält kein Vetorecht. Das letzte Entscheidungsrecht haben die Vertragsparteien: die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Zu § 17 Abs. 2a Satz 5

Die Streichung erfolgt aus redaktionellen Gründen.

Zu Artikel 5 Nr. 6 (§ 18a KHG)

Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, daß § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes voraussichtlich erst am 1. Juli 1997 in Kraft treten wird (vgl. Artikel 12 Abs. 5).

Zu Artikel 5a – neu – (Artikel 14 GSG)

Im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes ist für die neuen Bundesländer ein 21-Mrd.-DM-Krankenhausinvestitionsprogramm geschaffen worden, an dem Bund, Länder und Krankenkassen beteiligt sind. Die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Berlin erhalten in den Jahren 1995 bis 2004 vom Bund Finanzhilfen in Höhe von insgesamt 7 Mrd. DM für Krankenhausinvestitionen. Die Länder stellen in den Programmjahren 1995 bis 2004 eigene Mittel in Höhe von insgesamt mindestens 7 Mrd. DM zur Verfügung. Soweit der Finanzierungsbeitrag der Krankenhauspatienten bzw. ihrer Kostenträger betroffen ist, ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, daß von 1995 bis 2014 jährlich rd. 350 Mio. DM über einen Zuschlag von 8 DM pro Berechnungstag auf die Pflegesätze der Krankenhäuser in den neuen Ländern aufgebracht werden, so daß sich insoweit bei einer Laufzeit von 20 Jahren insgesamt ebenfalls

ein Finanzierungsbeitrag von 7 Mrd. DM ergeben soll. In den Jahren 1995 und 1996 lag die Gesamtzahl der Berechnungstage in den neuen Ländern einschließlich Berlin-Ost bereits unter 35 Millionen und damit unter der 1992 bei der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes zugrunde gelegten Zahl.

Dementsprechend ist es angezeigt, für die Zeit ab 1998 den von den Patienten bzw. ihren Krankenkassen zu tragenden Investitionszuschlag von 8 DM auf 11 DM zu erhöhen.

Zu Nummer 2

Weitere Maßgaben zur Anwendung des Gesetzes beziehen sich auf die Transplantationen und die Behandlung von Blutern, die von der strengen Budgetbegrenzung im Jahr 1996 ausgenommen werden.

Die Ausgleichsregelung für Transplantationen entspricht inhaltlich den Bestimmungen der Bundespflegegesetzverordnung 1995. Sie trägt der Tatsache Rechnung, daß die Fallzahlentwicklung bei den Transplantationen 1996 im Vergleich zu 1995 für die einzelnen transplantierenden Krankenhäuser sehr unterschiedlich war. 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.

Angesichts der im Einzelfall sehr hohen Belastung des einzelnen Krankenhauses durch die Behandlung eines Bluters ist die Regelung, daß Mehrerlöse nicht ausgeglichen werden, sachgerecht. Sie entspricht ebenfalls inhaltlich den Bestimmungen der Bundespflegegesetzverordnung 1995, die keine Mehrerlösausgleiche für diese Fälle vorsieht (vgl. § 11 Abs. 8 BPflV). Die zusätzlich anfallenden Einnahmen, z. B. aus Sonderentgelten, decken in der Regel nur die zusätzlichen Kosten für die Blutgerinnungsfaktoren ab. Deshalb sollen die Mehrerlöse in diesen Fällen den Krankenhäusern in vollem Umfang verbleiben.

Zu Nummer 3

Das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben gibt eine Zuwachsobergrenze für die Vereinbarung der Pflegesätze für das Jahr 1996 vor und findet dementsprechend – unabhängig vom Zeitpunkt des Abschlusses der Pflegesatzvereinbarung für 1996 – Anwendung, also auch z. B. in einem 1997 oder später anhängigen Schiedsstellen- oder Klageverfahren für das Pflegesatzjahr 1996. Insoweit ist die Rechtslage eindeutig.

Davon zu unterscheiden ist die Verrechnung von Beträgen nach § 3 Abs. 3 über das nächstmögliche Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraumes. Insoweit wird angesichts der Außerkrafttretensregelung (§ 4

Satz 2) in Nummer 3 klargestellt, daß § 3 Abs. 3 über den 31. Dezember 1996 hinaus anzuwenden ist; derartige Verrechnungen können naturgemäß erst nach Ablauf des zugrundeliegenden Pflegesatzjahres erfolgen.

Zu Artikel 7 Nr. 1 – neu – (§ 4 BPfIV)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 1 zu Nummer 32).

Zu Artikel 7 Nr. 1 a – neu – (§ 6 BPfIV)

Aus der Bezugnahme auf die „Krankenhausplanung“ folgt, daß der Sondertatbestand auch erfüllt sein kann, wenn der Krankenhausplan selbst nicht verändert worden ist. Dadurch wird der unterschiedlichen Handhabung der Krankenhausplanung in den einzelnen Ländern Rechnung getragen.

Durchschnittlich 67 % der Krankenhauskosten entfallen auf Personalkosten. Falls das Ergebnis der Tarifvereinbarungen für den öffentlichen Dienst (BAT) höher ist als die im Herbst des Vorjahres geschätzte Grundlohnrate, können bei wesentlichen Abweichungen Personalkosten-Unterdeckungen entstehen, auf die die Krankenhäuser kurzfristig nur begrenzt reagieren können. Deshalb wird Bezugnehmend auf die bisherige Regelung in § 12 Abs. 6 eine untere Auffanglinie geschaffen, indem die Krankenhäuser einen Ausgleich in Höhe von 50 % auf den Personalkostenanteil (durchschnittlich 67 % des Budgets) erhalten. Hieraus ergibt sich eine Berichtigung des Budgets in Höhe von 33,3 %. Mit dieser Regelung verbleibt den Krankenhäusern ein Restrisiko, das sie im Rahmen des prospektiven Ansatzes und nach Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips eigenverantwortlich tragen müssen.

Zu Artikel 7 Nr. 2 (§ 7 BPfIV)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Großgeräteplanung (siehe Artikel 1 zu Nummer 32).

Zu Artikel 7 Nr. 3 (§ 11 Abs. 8 BPfIV)

Für die Finanzierung der teuren und kaum voraussehbaren Behandlung von Blutern enthält die Bundespflegesatzverordnung 1995 einige Sonderregelungen, die die Vereinbarung entsprechender Sonderentgelte auf der Landesebene und die Abrechnung dieser Entgelte neben den Fallpauschalen und den tagesgleichen Pflegesätzen zulassen (§ 11 Abs. 2 Satz 3 und § 14 Abs. 6 Nr. 1 Buchstabe d BPfIV). Diese Entgelte sind von dem anteiligen Mehrerlösausgleich nach § 11 Abs. 8 ausgenommen, verbleiben also in voller Höhe dem Krankenhaus.

Da entsprechende Vereinbarungen auf der Landesebene kaum zustande gekommen sind, können die bis zum Jahr 1995 krankenhaushausindividuell vereinbarten Sonderentgelte nach der Übergangsregelung des § 28 Abs. 3 BPfIV auch noch für das Jahr 1997 vereinbart werden. Die Streichung des Verweises auf die

landesweit vereinbarten Sonderentgelte (§ 11 Abs. 2 Satz 3) stellt sicher, daß auch die Mehrerlöse für diese krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelte von der Ausgleichsregelung des § 11 Abs. 8 nicht erfaßt werden.

Zu Artikel 7 Nr. 4 (§ 12 BPfIV)

Der bisher in § 12 Abs. 6 Satz 1 enthaltene Grundsatz der Bindung der Vertragsparteien an das Budget wird nunmehr – nach Aufhebung des Absatzes 6 – aus systematischen Gründen der Regelung in Absatz 7 vorangestellt.

Zu Artikel 7 Nr. 6 (§ 17 Abs. 4 BPfIV)

Nach § 17 Abs. 4 Satz 5 der Bundespflegesatzverordnung 1995 sind die Diagnose- und die Operationsstatistik des Krankenhauses den Krankenkassen auf maschinellen Datenträgern vorzulegen, um die Budget-/Pflegesatzverhandlungen leistungsorientiert führen zu können. Eine entsprechende Empfehlung über den Aufbau der Datensätze ist inzwischen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart worden. Um deren Umsetzung sicherzustellen, bestimmt Buchstabe a, daß die Vereinbarung der Verbände auf Bundesebene für die Krankenhäuser bindend ist.

Buchstabe b entspricht dem bisherigen Text des Artikels 7 Nr. 6.

Zu Artikel 7 Nr. 8 (§ 28 Abs. 8 BPfIV)

Nach Auslaufen der pauschalen Budgetbegrenzungen, die in den Jahren 1993 bis 1996 galten, wird weitgehend zu den differenzierteren Regelungen der Bundespflegesatzverordnung 1995 (BPfIV) zurückgegangen. Das im Jahr 1996 geltende Gesamtbudget des Krankenhauses wird aufgeteilt in den Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte und in den Bereich des sog. Restbudgets. Gleichzeitig sind die Pflegesatzverhandlungen erstmals „leistungsbezogen“ zu führen. Andererseits sind im Bereich des sog. Restbudgets mit der Neufassung des § 6 BPfIV Kostensteigerungen nur bis zur Höhe der Grundlohnsummenentwicklung berücksichtigungsfähig (Grundsatz der Beitragssatzstabilität; vgl. Artikel 7 Nr. 1).

Um bei dieser Systemumstellung feststellen zu können, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingehalten wird, müssen die neuen Vereinbarungsergebnisse mit dem Gesamtbudget des Jahres 1996 verglichen werden. Sowohl die Spitzenverbände der Krankenkassen als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben in ihren Stellungnahmen zum 2. GKV-NOG gefordert, daß für diesen Vergleich in § 28 Abs. 8 BPfIV wieder ein Rechenschema festgelegt wird; nur so seien Streitfälle und Schiedsstellenverfahren zu vermeiden.

Zu Artikel 7 Nr. 9 (Anlage 3; LKA)

Die neue Instandhaltungspauschale wird für die Ermittlung des Krankenhausbudgets in Abschnitt K 5

der Verhandlungsunterlage „LKA“ in einer gesonderten Zeile ausgewiesen (vgl. Buchstabe a). Ihre Zurechnung auf den Basispflegesatz (vgl. Buchstabe b) und die Abteilungspflegesätze (vgl. Buchstabe c) kann zusammen mit anderen Ausgleichen erfolgen. Auf die Einführung einer gesonderten Zeile in den Abschnitten K 6 und K 7 kann deshalb verzichtet werden.

Zu Artikel 9a – neu –

Zu Nummer 1

§ 16a ist zu streichen, da die Verpflichtung zur Anpassung und Neufestsetzung der Verhältniszahlen vom Ordnungsgeber (dem Bundesministerium für Gesundheit) auf den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen übertragen wird (§ 101 Abs. 2 SGB V).

Zu Nummer 2

Aufgrund der neu geregelten Verpflichtung zur Begrenzung des Praxisumfangs bei Anstellung eines Arztes (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) ist eine Anrechnung des angestellten Arztes bei der Ermittlung des Versorgungsgrades für die Bedarfsplanung nicht mehr gerechtfertigt.

Zu Nummer 3

Fachgebietsgleichheit ist nötig, da die neue Form der gemeinsamen Praxisausübung voraussetzt, daß dadurch die Leistungen des bisherigen Praxisinhabers nach ihrer Art und ihrem Umfang nicht ausgeweitet werden, d. h. die Praxisidentität bleibt erhalten.

Zu Nummer 4

Da der angestellte Arzt durch die Beschränkung des Praxisumfangs (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) künftig nicht mehr zur Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit beiträgt, können Zulassungsbeschränkungen kein Hindernis für die Genehmigung einer Anstellung sein.

Zu Artikel 9b – neu –

Zu Nummer 1

§ 16a ist zu streichen, da die Verpflichtung zur Anpassung und Neufestsetzung der Verhältniszahlen vom Ordnungsgeber (dem Bundesministerium für Gesundheit) auf den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen übertragen wird (§ 101 Abs. 2 SGB V).

Zu Nummer 2

Aufgrund der neu geregelten Verpflichtung zur Begrenzung des Praxisumfangs bei Anstellung eines Zahnarztes (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) ist eine Anrechnung des angestellten Zahnarztes bei der Ermittlung des Versorgungsgrades für die Bedarfsplanung nicht mehr gerechtfertigt.

Zu Nummer 3

Fachgebietsgleichheit ist nötig, da die neue Form der gemeinsamen Praxisausübung voraussetzt, daß dadurch die Leistungen des bisherigen Praxisinhabers nach ihrer Art und ihrem Umfang nicht ausgeweitet werden, d. h. die Praxisidentität bleibt erhalten.

Zu Nummer 4

Da der angestellte Zahnarzt durch die Beschränkung des Praxisumfangs (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) künftig nicht mehr zur Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit beiträgt, können Zulassungsbeschränkungen kein Hindernis für die Genehmigung einer Anstellung sein.

Zu Artikel 10

Die Ergänzung ermöglicht, daß der Ordnungsgeber die durch dieses Gesetz geänderten Teile der Verordnungen später auch wieder selbst ändern kann.

Zu Artikel 11 (§ 3)

Satz 1 stellt klar, daß Genehmigungen der Anstellung von Ärzten, die vor dem Inkrafttreten der Neuordnung über die angestellten Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) erteilt wurden, weiterhin gültig sind und keine Beschränkung des Praxisumfangs auslösen. Die angestellten Ärzte sind wie bisher bei der Feststellung des für die Bedarfsplanung maßgeblichen Versorgungsgrades mitzurechnen.

Zu Artikel 11a – neu –

Die Regelung des 1. GKV-NOG, wonach bei Beitragssatzerhöhungen die Zuzahlungen erhöht werden und ein außerordentliches Kündigungsrecht besteht, gilt für alle Beitragssatzerhöhungen, die seit dem 8. Oktober 1996 (Tag des Fraktionsbeschlusses zum Gesetzentwurf) wirksam geworden sind. Damit sollte verhindert werden, daß Krankenkassen unter dem Druck des 1996 entstandenen Defizits und der durch das Beitragsentlastungsgesetz für 1996 verbotenen Beitragssatzerhöhungen, die mit Zuzahlungserhöhungen und Austrittsrecht sanktionierte Beitragssatzerhöhung vor Inkrafttreten des 1. GKV-NOG unterlaufen. Durch die generelle Anhebung der Zuzahlungen um 5 DM bzw. 5 Prozentpunkte ist für die Kassen eine finanzielle Entlastung geschaffen worden, die diese strenge Regelung nicht mehr erfordert. Deshalb wird der Termin des 8. Oktober 1996 auf den 11. März 1997 verschoben, an dem die Koalitionsfraktionen über die generelle Zuzahlungserhöhung entschieden haben.

Zu Artikel 12 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 3

Das rückwirkende Inkrafttreten der Regelung über die Zuschüsse zur Versorgung in Hospizen sichert deren Existenz über den 31. Dezember 1996 hinaus.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stellt sicher, daß auch die neue Regelung zur teilweisen Befreiung bei Zahnersatz (§ 62 Abs. 2 a) erst nach Veröffentlichung sämtlicher Festzuschüsse in Kraft tritt.

Zu Absatz 4 a

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Neuregelung zur Gesamtvergütung.

