

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993)

A. Zielsetzung

Die dramatische Kostenentwicklung in allen Bereichen der Krankenversicherung zwingt zu kurzfristigen Einsparungen und zu langfristig wirkenden Strukturverbesserungen. Dieses Gesundheits-Strukturgesetz soll zusammen mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine sofortige Kostenbegrenzung bewirken und durch strukturelle Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze beitragen. Damit wird die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung auch über das Jahr 2000 hinaus gesichert.

Beide Gesetzentwürfe verteilen die Belastungen angemessen auf alle Beteiligten.

B. Lösung

Das Gesundheits-Strukturgesetz enthält vor allem strukturelle Regelungen in Verbindung mit kurzfristig wirkenden Budgetbegrenzungen:

1. Regelungen im Krankenhausbereich
 - Budgetierung
 - Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, statt dessen Einführung leistungsorientierter Vergütungen
 - Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
 - Orientierung der Kostenerstattungspflicht liquidationsberechtigter Ärzte an den tatsächlichen Aufwendungen.
2. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung
 - Budgetierung
 - Begrenzung der Zahl der zugelassenen Ärzte/Zahnärzte
 - Absenkung der zahnärztlichen Vergütung für Zahnersatz

3. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

- Budgetierung
- Intensivierung der Richtgrößen-Prüfung
- Preismoratorium und Preisabsenkung bei Arzneimitteln

4. Datenerhebung zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung**5. Pflege-Personalregelung**

Die Personalsituation im Krankenhausbereich wird verbessert.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Das Gesundheits-Strukturgesetz entlastet die Beitragszahler um ca. 8,2 Milliarden DM jährlich. Die Pflege-Personalregelung bewirkt Mehrausgaben in Höhe von ca. 210 Millionen DM jährlich.

Einzelheiten sind dem Teil C der Begründung zu entnehmen.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
021 (313) — 231 00 — Ge 50/92

Bonn, den 7. September 1992

An den Präsidenten
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993) mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Gesundheit.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 14. August 1992 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Kohl

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993)

Inhaltsübersicht

	Seite
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
Artikel 2: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	16
Artikel 3: Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte	16
Artikel 4: Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes	16
Artikel 5: Änderung der Zulassungsverordnung für Kassenärzte	17
Artikel 6: Änderung der Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte	18
Artikel 7: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	18
Artikel 8: Änderung der Bundespflegesatzverordnung	20
Artikel 9: Pflege-Personalregelung	23
Artikel 10: Änderung des Sozialgerichtsgesetzes	33
Artikel 11: Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes	33
Artikel 12: Änderung der Gebührenordnung für Ärzte	33
Artikel 13: Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte	33
Artikel 14: Datenerhebungen zur Prüfung von Finanz- und Risikoaus- gleichsverfahren	33
Artikel 15: Budgetierung der Verwaltungsausgaben	35
Artikel 16: Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang	35
Artikel 17: Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes	35
Artikel 18: Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen	35
Artikel 19: Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Ver- pflichtungen der Selbstverwaltung	36
Artikel 20: Arznei- und Heilmittelbudget für 1993	36
Artikel 21: Preismoratorium für Arzneimittel	36
Artikel 22: Überleitungsvorschriften	37
Artikel 23: Inkrafttreten, Außerkrafttreten	37

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Dem § 12 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat der Geschäftsführer hiervon gewußt oder hätte er hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Geschäftsführers den Vorstand zu veranlassen, den Geschäftsführer auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Vorstand das Regreßverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.“

2. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. 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. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.“

- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

3. Dem § 15 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Jeder Versicherte erhält die Krankenversicherungskarte bei der erstmaligen Ausgabe sowie bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse gebührenfrei. Bei einer erneuten Ausgabe der Karte erheben die Krankenkassen eine Gebühr von zehn Deutsche Mark je Mitglied; nach § 10 Versicherte erhalten die Karte gebührenfrei. Muß die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von zehn Deutschen Mark erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen.“

4. Dem § 23 Abs. 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die jährlichen Ausgaben der Krankenkasse je Mitglied für Leistungen nach Absatz 4 zusammen

mit denen nach § 40 Abs. 2 dürfen sich höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet ohne Beitrittsgebiet je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die in Satz 3 genannten Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden.“

5. § 24 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) § 23 Abs. 5 Satz 1 und 2 sowie Abs. 6 gilt entsprechend.“

6. § 32 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Worte „das Heilmittel in der Praxis des Arztes“ durch die Worte „Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1)“ und das Wort „wird“ durch das Wort „werden“ ersetzt.

- b) Dem Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Kassenarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Kassenärzte darüber unterrichten.“

7. § 39 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Aufnahme“ die Worte „nach Prüfung durch das Krankenhaus“ eingefügt.

- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Krankenhausbehandlung wird voll- oder teilstationär erbracht; die teilstationäre Behandlung hat Vorrang, wenn das Behandlungsziel dadurch erreicht werden kann.“

8. Dem § 40 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 gilt.“

9. § 41 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) § 40 Abs. 3 Satz 1 und 2 sowie Abs. 4 und 5 gilt entsprechend.“

10. Nach § 43a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 43b
Zahlungsweg

Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.“

11. § 71 wird wie folgt gefaßt:

„§ 71
Beitragsatzstabilität

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragsatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten.

(2) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 3 und 4 und den §§ 85 und 125 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu beanstanden. Die vorgelegten Vereinbarungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären den Vertragsparteien zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Vereinbarungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandung gelten bisherige Vereinbarungen weiter.“

12. In § 75 Abs. 8 werden nach den Worten „von Ärzten“ die Worte „sowie die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung“ eingefügt.

13. § 84 wird wie folgt gefaßt:

„§ 84

Arznei- und Heilmittelbudget; Richtgrößen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Budget als Obergrenze für die insgesamt von den Kassen- und Vertragsärzten veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel. Das Budget ist für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 1994 auf der Grundlage des nach Artikel 20 des Gesundheits-Strukturgesetzes 1993 für das Jahr 1993 festgelegten Budgets, zu vereinbaren. Bei der Anpassung des Budgets sind

1. Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven und Innovationen

zu berücksichtigen. Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, stellt die Kassenärztliche Vereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen

der übersteigende Betrag gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Der Ausgleich muß in dem auf den Budgetzeitraum folgenden Kalenderjahr abgeschlossen werden. Soweit dieser Ausgleich nicht erfolgt, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag. Der übersteigende Betrag ist, gesondert nach Ausgaben in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner, auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der jeweiligen Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Ausgaben nach Satz 4 sind auch Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind.

(2) Die Krankenkassen erfassen die in der Geltungsdauer der Budgets nach Absatz 1 veranlaßten Ausgaben nach Absatz 1 Satz 4 arztbezogen und übermitteln die Angaben jeweils an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Ärzte, die die Ausgaben veranlaßt haben, angehören. Die Krankenkassen können Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Zusammenführung und Übermittlung der Daten beauftragen. Die Arbeitsgemeinschaften können die Daten für den jeweiligen Geltungsbereich der Budgets an die dafür zuständige Arbeitsgemeinschaft übermitteln.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 für das jeweils folgende Kalenderjahr einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Die Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind indikationsbezogen unter Berücksichtigung von Kriterien für die Menge der verordneten Leistungen zu bestimmen. Die Zahl und die Altersstruktur der Versicherten sowie bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, insbesondere hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und der Preiswürdigkeit der verordneten Leistungen, sind zu berücksichtigen.

(4) Die Vertragsparteien können frühestens ab 1. Januar 1995 das Budget aussetzen. Voraussetzung dafür ist, daß gültige Vereinbarungen nach Absatz 3 und § 106 Abs. 3 bestehen. Die Vereinbarung nach § 106 Abs. 3 hat einen Vomhundertsatz der Überschreitung von Richtgrößen vorzusehen, ab dem Prüfungen nach § 106 ohne Antragstellung durchgeführt werden, sowie einen Vomhundertsatz der Überschreitung von Richtgrößen, ab dem der Kassen- oder Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten hat, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

(5) Das Budget nach Absatz 1 und die Richtgrößen nach Absatz 3 gelten bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen für das Folgejahr.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln die Budgets nach Absatz 1 durch

Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.“

14. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig.“

- b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2a) Die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht nach § 122 abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Leistungen, die mit einem vor dem 1. Januar 1993 erworbenen und in Betrieb genommenen, nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgerät erbracht werden, werden nur vergütet, wenn dieses Gerät nachträglich gemäß § 122 zugelassen worden ist.

(2b) Die am 31. Dezember 1991 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen werden zum 1. Januar 1993 um 20 vom Hundert abgesenkt und für die Jahre 1993, 1994 und 1995 festgeschrieben. Der Bewertungsausgleich (§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine differenzierte Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 20 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt.“

- c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden kassen- und vertragsärztlichen Leistungen zu beachten.“

- d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden kassen- und vertragsärztlichen Leistungen dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Für die entsprechend zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet sind die beitragspflichtigen Einnahmen der

Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1993 sind auf das entsprechend der Zuwachsrates der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen zugrunde gelegte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder von der tatsächlichen Veränderungsrate ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen; eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen ist ebenfalls zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen der Kassen- und Vertragszahnärzte werden zahnprothetische Leistungen nicht berücksichtigt.“

15. § 88 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Vergütungen für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.“

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Für das Jahr 1993 werden die durchschnittlichen zahntechnischen Vergütungen bei Leistungen für Zahnersatz, getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet, für gewerbliche Labore und Praxislabore auf der Basis der am 31. Dezember 1991 geltenden Preise um 10 vom Hundert abgesenkt und für die Jahre 1993, 1994 und 1995 festgeschrieben. Ab 1. Januar 1996 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und der Bundesinnungsverband der Zahntechniker können unterschiedliche Absenkungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Zahntechnische Leistungen, die bei Regelleistungen von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der kassenzahnärztlichen Versorgung.“

- d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Die Krankenkassen sollen über preisgünstige Leistungserbringer zahntechnischer Leistungen informieren.“

16. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Kommt ein gesetzlich vorgeschriebener Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande und stellt keine der Vertragsparteien bei dem Schiedsamt den Antrag, eine Einigung herbeizuführen, können die zuständigen Aufsichtsbehörden nach Ablauf einer von ihnen gesetzten angemessenen Frist das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamt setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest.“

- b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiter übertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 3 und 4 und §§ 85 und 125 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Die vorgelegten Entscheidungen gelten erst nach Ablauf der Beanstandungsfrist, es sei denn, die Aufsichtsbehörden erklären dem Schiedsamt zuvor ihr Einvernehmen. Beanstandete Entscheidungen gelten nicht. Bis zur Behebung der Beanstandungen durch die Vertragspartner oder das Schiedsamt gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandungen gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.“

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

„Im übrigen gelten die Absätze 1, 1 a und 3, Absatz 5 Satz 2 bis 9 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtverordnung entsprechend.“

- d) Absatz 8 wird gestrichen.

17. § 92 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird Nummer 9 wie folgt gefaßt:

„9. Bedarfsplanung,“.

- b) Absatz 6 wird gestrichen.

- c) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 6.

18. § 93 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Kommt der Bundesausschuß seiner Pflicht nach Absatz 1 nicht oder nicht in einer vom Bundesminister für Gesundheit gesetzten Frist nach, kann der Bundesminister für Gesundheit die Übersicht zusammenstellen und im Bundesanzeiger bekanntmachen.“

19. § 95 wird wie folgt geändert:

- a) § 95 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95 a für Kassenärzte,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Kassenzahnärzte.“

- b) Dem Absatz 7 werden folgende Sätze angefügt:

„Im übrigen endet ab 1. Januar 1999 die Zulassung am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Kassenarzt sein fünfundsiebzehntes Lebensjahr vollendet. War der Kassenarzt zu diesem Zeitpunkt weniger als fünfzehn Jahre als Kassenarzt tätig, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Für die Verträge nach § 83 Abs. 3 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.“

- c) Dem Absatz 8 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 9 gilt entsprechend.“

- d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(9) Der Kassenarzt kann einen halbtags beschäftigten Arzt anstellen. Das Nähere bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 2 gilt für den angestellten Arzt entsprechend.“

20. Nach § 95 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 95 a

Voraussetzung für die Eintragung
in das Arztregister für Kassenärzte

(1) Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Arzt,
2. den erfolgreichen Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder den Nachweis einer Qualifikation, die gemäß den Absätzen 4 und 5 anerkannt ist.

(2) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 1 Nr. 2 ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärz-

ten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

(3) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

1. mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
2. mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
3. höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(4) Die Voraussetzungen zur Eintragung sind auch erfüllt, wenn der Arzt auf Grund von landesrechtlichen Vorschriften zur Ausführung der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) bis zum 31. Dezember 1995 die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erworben hat.

(5) Einzutragen sind auf ihren Antrag auch im Inland zur Berufsausübung zugelassene Ärzte, wenn sie Inhaber von in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen sind, die in Ausführung von Artikel 1 der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) ausgestellt worden oder nach Artikel 6 dieser Richtlinie den in Artikel 1 geregelten Nachweisen gleichgestellt sind. Einzutragen sind auch Inhaber von in anderen Mitgliedstaaten ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Facharztes, die nach Artikel 4 der Richtlinie des Rates der EG vom 16. Juni 1975 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes und für die Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (75/362/EWG) anzuerkennen sind oder wenn sie, sofern sie die Eintragung bis zum 31. Dezember 1994 beantragen, Inhaber von nach Artikel 3 dieser Richtlinie anerkannten, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen des Arztes sind.“

21. In § 98 Abs. 2 Nr. 13 werden nach den Worten „die Kassenärzte“ die Worte „angestellte Ärzte,“ eingefügt.

22. § 101 wird wie folgt gefaßt:

„§ 101

Überversorgung

Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.

Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur kassenärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. Kassenärzte sind mit dem Faktor 1, beim Kassenarzt angestellte halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen.“

23. § 102 wird wie folgt gefaßt:

„§ 102

Bedarfszulassung

Ab 1. Januar 1999 erfolgt die Zulassung auf Grund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt arztgruppenbezogen und regelt das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Zulassungsanträge von Ärzten, die zu einer Überschreitung der Verhältniszahl nach Satz 1 führen würden, sind vom Zulassungsausschuß abzulehnen.“

24. § 103 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuß nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind.“

- c) Absatz 4 wird gestrichen.

25. § 104 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Verweisung „102“ durch die Verweisung „101“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Zur Vermeidung von unbilligen Härten haben sie Regelungen für Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in Fällen vorzusehen, in denen die Zulassung eines Kassenarztes durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll.“

26. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „kassenärztlichen“ ersetzt durch „kassen- und vertragsärztlichen“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Prüfungen nach Durchschnittswerten und auf der Grundlage von Stichproben umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Eine erneute Prüfung nach Satz 1 Nr. 2 findet im Regelfall nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt. Soweit ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich. Sie haben mit der Entscheidung über die Einzelheiten der Durchführung der Prüfungen Art und Umfang der Leistungen, die in die Prüfungen einbezogen werden, zu beschränken, wenn das Ziel der Prüfung auch auf diese Weise erreicht werden kann. Der einer Prüfung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zugrunde zu legende Zeitraum beträgt ein Jahr. Die Vertragspartner haben auch das Verfahren für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse den Versicherten

nach den §§ 29, 30 und 64 Kosten erstattet. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkasse“ ein Komma und die Worte „ihres Verbandes“ eingefügt; das Wort „Kassenarzt“ wird ersetzt durch die Worte „Kassen- oder Vertragsarzt“.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Prüfungen auf Grund des Überschreitens von Richtgrößen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind Maßnahmen wie bei anderen Prüfungsarten vorzusehen; eine Beschränkung auf eine Beratung des Arztes ist nicht zulässig.“

27. In § 109 Abs. 4 Satz 3 wird der zweite Halbsatz gestrichen und der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt.

28. § 110 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.“

b) Dem Satz 4 wird angefügt:

„Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die zuständige Landesbehörde nicht innerhalb von sechs Monaten nach Mitteilung der Kündigung widersprochen hat.“

29. In § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird das Komma gestrichen und folgender Satzteil angefügt:

„einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,“.

30. § 113 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer“ durch die Worte „nach Anhörung des Krankenhausträgers“ ersetzt.

b) Satz 2 wird gestrichen.

31. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „bis zum 31. Dezember 1989“ gestrichen.

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 ist zulässig, solange und soweit die Landesregierung eine Rechtsverordnung nicht erlassen hat.“

32. § 122 wird wie folgt gefaßt:

„ § 122

Medizinisch-technische Großgeräte

(1) Krankenhäuser, Kassenärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in den Großgeräteausschüssen nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte sowie die Anhaltzahlen für den bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz der Großgeräte. Bis zum Erlass der Rechtsverordnung treffen die Großgeräteausschüsse eine entsprechende Regelung.

(3) Für jedes Land oder für Teile eines Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Kassenärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankengesellschaft, die Vertreter der Kassenärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Beteiligten im Großgeräteausschuß stimmen einvernehmlich den Standort eines Großgerätes und eine Mitnutzung durch Dritte ab. Die in der Rechtsverordnung nach Absatz 2 bestimmten Anhaltzahlen sowie insbesondere die medizinischen Leistungserfordernisse, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Zumutbarkeit der Entfernung für die Versicherten, die bereits zur Verfügung stehenden Großgeräte, die Qualifikation für das Betreiben des Großgerätes und die Förderung einer gemeinsamen Nutzung sind zu berücksichtigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Das Ergebnis der Abstimmung oder der Entscheidung nach Absatz 4 wird gegenüber einem Krankenhausträger durch Bescheid der zuständigen Landesbehörde und gegenüber einem Kassenarzt durch Bescheid des zuständigen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen umgesetzt. Im Falle einer Klage gegen den Bescheid findet ein Vorverfahren nicht statt.“

33. § 126 wird wie folgt gefaßt:

„ § 126

Preisvereinbarungen

(1) Eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln wird durch Festbeträge (§ 36) und durch privatrechtliche Preisvereinbarungen auf wettbewerblicher Basis zwischen Krankenkassen

und Leistungserbringern sichergestellt. Krankenkassen dürfen Ausschreibungen vornehmen.

(2) Bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln ist die Krankenkasse verpflichtet, den Versicherten über bestehende Preisvereinbarungen mit Leistungserbringern gemäß Absatz 1 zu unterrichten. Wird vom Versicherten ein anderer Leistungserbringer in Anspruch genommen, beschränkt sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auf den durchschnittlichen Vertragspreis. § 12 Abs. 2 bleibt unberührt.

(3) Leistungserbringer können sich bereit erklären, Hilfsmittel zu Festbeträgen oder zu darunter liegenden Preisen abzugeben.

(4) Für das Abrechnungsverfahren bei privatrechtlichen Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gelten § 302 Abs. 1 und § 303 Abs. 1 sinngemäß.“

34. § 127 wird wie folgt gefaßt:

„ § 127

Information der Versicherten

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei den Leistungserbringern Preisvergleiche über Hilfsmittel durchzuführen und die Versicherten sowie die Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Sie können Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen.“

35. § 135 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Vertragspartner der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene haben gemeinsam und einheitlich auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz zu vereinbaren. Vor der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie ist in die Entscheidung einzubeziehen. Die Vertragspartner haben auch die Dauer der Gewährleistung, die zwei Jahre nicht unterschreiten darf, zu vereinbaren. Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies bekanntmachen.“

36. In § 137 Satz 4 werden nach der Verweisung „§ 111“ die Worte „unter Beteiligung der Ärztekammern“ eingefügt.

37. § 141 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.“

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Der Bundesminister für Wirtschaft, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und

der Bundesminister für Familie und Senioren sind zu beteiligen.“

38. § 145 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse, des Landesverbandes oder des Bundesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen verbessert werden kann oder
2. die Leistungsfähigkeit einer Ortskrankenkasse auf Dauer gefährdet ist.

Die Leistungsfähigkeit ist insbesondere dann gefährdet, wenn der Bedarfssatz einer betroffenen Ortskrankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Ortskrankenkassen auf Landesverbandesebene um mehr als 10 vom Hundert oder auf Bundesebene um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt.“

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes oder des Bundesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.“

39. § 148 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten.“

40. § 160 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch die Landesregierung gelten §§ 145 und 146 entsprechend.“

41. Dem § 183 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Versicherungspflichtig Beschäftigte, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden, können die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Absätze 3 und 5 gelten entsprechend.“

42. Nach § 207 Abs. 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) Vereinigen sich in einem Land alle Mitglieder eines Landesverbandes (§ 144 Abs. 1) oder werden alle Mitglieder eines Landesverbandes durch die Landesregierung zu einer Krankenkasse vereinigt (§ 145), tritt diese Krankenkasse in die Rechte und Pflichten des Landesverbandes ein.“

43. Dem § 220 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Weichen die nach § 270 a vom Bundesminister für Gesundheit bekanntgegebenen Feststellungen von den Vorausschätzungen ab, die die Krankenkasse ihrem Haushaltsplan zugrunde gelegt hat, sind die Haushaltspläne noch für das laufende Kalenderjahr unverzüglich anzupassen.“

44. Nach § 257 Abs. 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2a) Der Zuschuß nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das fünfundsiebzigste Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Juli nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 247) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die nach Absatz 2 zuschußberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardta-

rifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist."

45. Dem § 258 wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a und 2 b gilt entsprechend.“

46. Nach § 246 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 264 a

Gründung von Versicherungsunternehmen

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können Versicherungsunternehmen gründen, wenn die Versicherungsunternehmen

1. satzungsmäßig Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung offenstehen,
2. ausschließlich die Kosten einer über die Regelleistung der Krankenkassen hinausgehenden medizinischen Versorgung mit Zahnersatz (Wahlleistungen) versichern und
3. auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens arbeiten.

(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände dürfen für Versicherungsunternehmen im Sinne des Absatzes 1 weder eigene Mittel noch Personal zur Verfügung stellen.“

47. Nach § 270 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 270 a

Vorausschätzungen und Feststellungen

Der Bundesminister für Gesundheit trifft jeweils bis zum 15. Februar eine Vorausschätzung über die im laufenden Kalenderjahr je Mitglied zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate der nach § 270 zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen und stellt jeweils bis zum 1. Juli die endgültige durchschnittliche Veränderungsrate für das Vorjahr auf der Grundlage der Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen fest. Die Vorausschätzungen und Feststellungen erfolgen getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet; sie werden im Bundesanzeiger bekanntgegeben.“

48. Nach § 275 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 275 a

Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenkassen haben in jedem Land die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme durch den Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Aufgaben nach § 275 Abs. 4 als Modellvorhaben prüfen zu lassen. Das Modellvorhaben soll jeweils ein Krankenhaus jeder der nach Landesrecht bestimmten Versorgungsstufen einbeziehen. Das

Modellvorhaben ist bis zum 31. Dezember 1996 abzuschließen.

(2) Die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser, die Zahl der zu prüfenden Krankenhausaufnahmen sowie das Prüfverfahren sind durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zu bestimmen. Kommt eine Einigung bis zum 30. Juni 1993 nicht zustande, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Benehmen mit der jeweils zuständigen obersten Landesbehörde.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenkassen und Krankenhäuser haben dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme erforderlichen Unterlagen, einschließlich der Krankenunterlagen, zur Verfügung zu stellen und die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, zu diesem Zweck zwischen 8 und 18 Uhr die Räume der am Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser zu betreten.

(4) Die Medizinischen Dienste haben die Ergebnisse ihrer Prüfung auszuwerten. Die Ergebnisse, Empfehlungen und Vorschläge der einzelnen Medizinischen Dienste sind in anonymisierter Form an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen weiterzuleiten und von diesem zusammenzufassen. Die Zusammenfassung ist den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ihren Landesverbänden sowie den Ländern zur Verfügung zu stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben zu prüfen, inwieweit die aus dem Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse durch gemeinsame Empfehlungen an die Mitgliedsverbände umgesetzt werden können.“

49. In § 277 Abs. 2 werden nach dem Wort „besteht“ das Komma gestrichen und die Worte „oder auf Verlangen des Arbeitgebers eine gutachtliche Stellungnahme nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b eingeholt wurde,“ eingefügt.

50. § 284 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Worten „nach § 65“ die Worte „und für die in Satz 1 Nr. 4, 8 und 9 bezeichneten Zwecke“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Worte „und 8“ durch die Worte „, 8, 9 und § 305 Abs. 1“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3“ durch die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.

51. In § 285 Abs. 2 werden die Worte „Absatz 1 Nr. 5 und 6“ durch die Worte „Absatz 1 Nr. 5, 6 und § 305 Abs. 2“ ersetzt.
52. § 291 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „1. Januar 1992“ durch die Worte „1. Januar 1995“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Absatz angefügt:
- „(5) Die Krankenkassen dürfen Kosten, die durch den Einsatz von Geräten zur Nutzung der Krankenversichertenkarte entstehen, im Rahmen von Modellversuchen übernehmen.“
53. § 295 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind verpflichtet,
1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
 2. in den Abrechnungsunterlagen für die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
 3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 maschinenlesbar
- aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels für die Anwendung nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt.“
- b) In Absatz 2 werden die Worte „zu der nach § 85 Abs. 2 vereinbarten Berechnung der Vergütung“ durch die Worte „über die abgerechneten Leistungen fallbezogen“ ersetzt.
54. § 296 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
- „Auffälligkeitsprüfungen“.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Arztes“ ersetzt durch die Worte „sowie des die Überweisung annehmenden Arztes“.
- c) In Absatz 3 werden die Worte „(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2)“ durch die Worte „(§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1)“ ersetzt.
55. § 297 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:
- „Zufälligkeitsprüfungen“.
- b) In Absatz 1 werden die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3“ durch die Worte „§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2“ ersetzt.
- c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummer 4 wird wie folgt gefaßt:
- „4. abgerechnete Gebührenpositionen je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit der nach dem in § 295 Abs. 1 Satz 2 genannten Schlüssel verschlüsselten Diagnose, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden.“
- bb) Der Nummer 4 wird angefügt:
- „Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“
- d) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.“
56. § 300 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Worte „handschriftlich oder maschinell“ durch das Wort „maschinenlesbar“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.
57. § 301 wird wie folgt gefaßt:
- „ § 301
Krankenhäuser
- (1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben maschinenlesbar zu übermitteln:
1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
 2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
 3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese

überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,

4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

(2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung, die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 nach der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Der Bundesminister für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Schlüssels und der Klassifikation für die Anwendung nach Satz 1 im Bundesanzeiger bekannt. Die Fachabteilungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind nach § 16 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung, Anlage 1, Anhang 1 anzugeben.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, der Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

(4) Für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag (§ 111) besteht, gelten bei stationärer Behandlung die Verpflichtungen nach den Absätzen 1 und 2 entsprechend.

(5) Die ermächtigten Krankenhausärzte sind verpflichtet, dem Krankenhausträger im Rahmen des Verfahrens nach § 120 Abs. 1 Satz 3 die für die Abrechnung der kassen- und vertragsärztlichen Leistungen erforderlichen Unterlagen zu übermitteln; § 295 gilt entsprechend. Der Krankenhausträger hat den Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnung vorzulegen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen entsprechend."

58. § 302 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die sonstigen Leistungserbringer sind verpflichtet, maschinenlesbar in den Abrechnungsbelegen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 anzugeben; bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln sind dabei die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 zu verwenden.“

59. § 303 wird wie folgt gefaßt:

„§ 303

Ergänzende Regelungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

(2) Die Krankenkassen können zur Vorbereitung der Prüfungen nach den §§ 106, 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113 sowie zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung und Verarbeitung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. Die Identifikation des Versicherten durch die

Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. § 286 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkassen dürfen ab 1. Januar 1995 Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die Daten nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6, § 295 Abs. 1 und 2, § 296 Abs. 1 und 2, § 297 Abs. 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1 und § 302 Abs. 1, soweit vorgesehen maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, angegeben oder übermittelt worden sind."

60. § 305 wird wie folgt gefaßt:

„§ 305

Unterrichtung der Versicherten

(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und die damit verbundenen Kosten mit Ausnahme der Leistungen, für die die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 2 die Unterrichtung vornehmen. Die Unterrichtung ist erstmals für das Jahr 1994 bis zum 30. Juni 1995 durchzuführen; dem Versicherten ist dabei mitzuteilen, daß Unterrichtungen für die Folgejahre auf Antrag erfolgen. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln. Die Versicherten sind hierüber zu informieren.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterrichten die Versicherten über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen kassen- und vertragsärztlichen Leistungen und die damit verbundenen Kosten. Die Unterrichtung ist erstmals für das Jahr 1994 bis zum 30. Juni 1995 durchzuführen; dem Versicherten ist dabei mitzuteilen, daß Unterrichtungen für die Folgejahre auf Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln. Die Versicherten sind hierüber zu informieren."

61. § 310 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Solange § 311 Abs. 1 Buchstabe c anzuwenden ist, sind für die Anwendung des § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 und des § 40 Abs. 3 Satz 3 höchstens die Ausgaben aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied im vorvergangenen Kalenderjahr, die entsprechend der Entwicklung der nach den §§ 270 und 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Krankenkassen im darauf folgenden Kalenderjahr je Mitglied erhöht werden, zugrunde zu legen; dieser Betrag wird um den Vomhundertsatz vermindert, um den sich die in § 18 Abs. 2 des Vierten Buches bestimmte Bezugsgröße (Ost) von der in § 18 Abs. 1 des Vierten Buches bestimmten Bezugsgröße unterscheidet."

62. Dem § 311 Abs. 9 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Anstellung von Ärzten nach § 95 Abs. 9 gilt Satz 1 entsprechend."

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 89 Abs. 1 Satz 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt gefaßt:

„Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist."

Artikel 3

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 Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a und 2 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

2. § 38 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 22 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

3. Nach § 51 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 51 a

Beteiligung an Versicherungsunternehmen

§ 264 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Artikel 4

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Dem § 10 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606), wird folgender Satz angefügt:

„§ 257 Abs. 2 a und 2 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Artikel 5 Änderung der Zulassungsverordnung für Kassenärzte

Die Zulassungsverordnung für Kassenärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

(1) Die Eintragung in das Arztregister ist bei der nach § 4 zuständigen kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) Voraussetzungen für die Eintragung sind

- a) die Approbation als Arzt,
- b) der erfolgreiche Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung oder der Nachweis einer Qualifikation, die gemäß § 95a Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt ist.

(3) Eine allgemeinmedizinische Weiterbildung im Sinne von Absatz 2 Buchstabe b ist nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens dreijährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat.

(4) Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muß unbeschadet ihrer mindestens dreijährigen Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15. September 1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen und mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin abschließen. Sie hat insbesondere folgende Tätigkeiten einzuschließen:

- a) mindestens sechs Monate in der Praxis eines zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermächtigten niedergelassenen Arztes,
- b) mindestens sechs Monate in zugelassenen Krankenhäusern,
- c) höchstens sechs Monate in anderen zugelassenen Einrichtungen oder Diensten des Gesundheitswesens, soweit der Arzt mit einer patientenbezogenen Tätigkeit betraut ist.

(5) Soweit die Tätigkeit als Arzt im Praktikum

- a) im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder
- b) in der Praxis eines niedergelassenen Arztes

abgeleistet worden ist, wird diese auf die Weiterbildung nach Absatz 2 Buchstabe b bis zur Höchstdauer von insgesamt 18 Monaten angerechnet."

2. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Kassenärzte sind mit dem Faktor 1, beim Kassenarzt angestellte, halbtags beschäftigte Ärzte mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen.

(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen."

3. § 16 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird gestrichen.

b) Der bisherige Absatz 1 wird § 16 c.

c) In Satz 1 werden nach dem Wort „durch“ die Worte „Erreichen der Altersgrenze,“ eingefügt.

4. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift:

„Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Gemeinschaftspraxis“.

5. § 32 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Der Kassenarzt darf sich nur durch einen anderen Kassenarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen.“

6. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 32 b

(1) Der Kassenarzt kann einen halbtags beschäftigten Arzt anstellen. § 25 gilt für den angestellten Arzt entsprechend.

(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.

(3) Der Kassenarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten anzuhalten.

(4) Über die angestellten Ärzte führt die kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis."

Artikel 6**Änderung der Zulassungsverordnung
für Kassenzahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 16 b Abs. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Landesausschuß hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Kassenzahnärzte sind mit dem Faktor 1, beim Kassenzahnarzt angestellte, halbtags beschäftigte Zahnärzte mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen.“

(2) Stellt der Landesausschuß fest, daß eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des § 103 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

2. § 16 c wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird gestrichen.
b) Der bisherige Absatz 1 wird § 16 c.
c) In Satz 1 werden nach dem Wort „durch“ die Worte „Erreichen der Altersgrenze,“ eingefügt.

3. Abschnitt IX erhält folgende Überschrift:

„Vertreter, Assistenten, angestellte Zahnärzte und Gemeinschaftspraxis“.

4. Nach § 32 a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 32 b

(1) Der Kassenzahnarzt kann einen halbtags beschäftigten Zahnarzt anstellen. § 25 gilt für den angestellten Zahnarzt entsprechend.

(2) Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für den Antrag gelten § 4 Abs. 2 bis 4 und § 18 Abs. 2 bis 4 entsprechend. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war. § 21 gilt entsprechend.

(3) Der Kassenzahnarzt hat den angestellten Arzt zur Erfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten anzuhalten.

(4) Über die angestellten Zahnärzte führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.“

Artikel 7**Änderung
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 wird der Punkt nach dem Wort „Krankenhauses“ durch ein Komma ersetzt.

- b) Der Nummer 4 wird angefügt:

„5. pflegesatzfähige Kosten

die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.“

2. § 4 wird gestrichen.

3. In § 8 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben.“

4. § 9 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden.“

- b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefaßt:

„Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.“

5. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und Halbsatz 2 gestrichen.

- b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Im übrigen gilt § 122 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

6. § 16 Satz 1 Nr. 5 wird wie folgt gefaßt:

„5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,“.

7. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen im voraus zu bemessen. Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirt-

schaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zu beachten; dabei sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen, die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser und die Empfehlungen nach § 19 angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen."

- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(1a) In den Jahren 1993, 1994 und 1995 ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legen. Mehreinnahmen der Krankenhäuser aus der Kostenerstattung für wahlärztliche Leistungen und Mehrkosten auf Grund der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung sowie ab 1. Januar 1994 Instandhaltungskosten nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung für Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet sind zu berücksichtigen. Die auf Grund der Sätze 1 und 2 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 getroffene Regelung wird für diejenigen Krankenhäuser auf die Jahre 1993 und 1994 beschränkt, die vom 1. Januar 1995 an die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den auf Grund des Absatzes 2a getroffenen Regelungen anwenden.“

- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2a) In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 sind Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte zu bestimmen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Neben den über Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte abzurechnenden Krankenhausleistungen sind gesonderte Pflegesätze für die Vergütung der nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßten Kosten (Basispflegesatz), für die ärztlichen Leistungen und für die pflegerischen Leistungen der Krankenhäuser vorzusehen; Bestandteil des Basispflegesatzes ist ein pauschaliertes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Das den Pflegesatzverhandlungen zugrundeliegende Budget ist abteilungsbezogen zu gliedern.“

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Halbsatz 1 wird nach dem Wort „Gesetz“ das Wort „voll“ eingefügt.
bb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Jahren“ die Worte „und die Kosten der

Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b,“ angefügt.

- cc) Halbsatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.“

- e) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich der Krankenhäuser und die Einteilung in Gruppen vergleichbarer Krankenhäuser nach leistungsbezogenen Strukturmerkmalen, insbesondere nach Art und Zahl der Fachabteilungen; in die Vereinbarung ist eine Regelung über den maschinellen Datenträgeraustausch der Diagnosestatistiken der Krankenhäuser aufzunehmen. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 1 und 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze.“

8. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Worte „die Verbände der Ersatzkassen“ eingefügt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „hat“ die Worte „auf Verlangen einer Vertragspartei“ eingefügt.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der Fallpauschalen, pauschalierten Sonderentgelte und pauschalierten Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 17 Abs. 2a mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2.“

c) Dem Absatz 4 wird angefügt:

„Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden.“

9. § 18 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über den Pflegesatz. Voraussetzung für eine Vereinbarung nach Satz 1 ist, daß aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens fünf Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird. Weicht die tatsächliche Entwicklung im Amortisationszeitraum von den der Vereinbarung zugrunde gelegten Berechnungsgrundlagen ab, wird dies im Pflegesatz nicht berücksichtigt, es sei denn, die Abweichung beruht auf Preisentwicklungen, die das Krankenhaus nicht beeinflussen konnte. Soweit erforderlich, ist durch einen unabhängigen Sachverständigen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen nach Satz 2 gegeben sind. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Verweisung „§ 4 und“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird gestrichen.

10. In § 20 Satz 2 wird nach dem Wort „Gesetz“ das Wort „voll“ eingefügt.

11. § 21 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet treten § 9 am 1. Januar 1994 und § 17 Abs. 5 Satz 1 am 1. Januar 1996 in Kraft. In dem genannten Gebiet gelten die §§ 22, 23, 24 und 26 bis zum 31. Dezember 1993 und § 25 bis zum 31. Dezember 1995.“

12. § 25 wird wie folgt gefaßt:

„§ 25

Nicht oder teilweise geförderte Krankenhäuser

Krankenhäuser, deren Investitionskosten nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, erhalten von den Sozialleistungsträgern und anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze als vergleichbare voll geförderte Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.“

Artikel 8

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt II Nr. 3 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1054), wird wie folgt geändert:

(1) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist:

1. In der Inhaltsübersicht wird der Text „§ 4 Flexibles Budget“ durch den Text „§ 4 Festes Budget“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Festes Budget

(1) Die Budgets für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen, ausgehend von der Berechnungsgrundlage nach Absatz 2, nicht stärker erhöht werden als mit einer jährlichen Steigerung nach Maßgabe des Absatzes 3 (Budgetobergrenze).

(2) Die Berechnungsgrundlage wird wie folgt ermittelt:

1. Das für das Kalenderjahr 1992 geltende Budget wird um folgende, darin berücksichtigte Beträge bereinigt:

a) die Ausgleichs- und Berichtigungen für Pflegesatzzeiträume vor dem 1. Januar 1992,

b) die Wahlarztabschläge,

c) die Kosten für gesondert vereinbarte Instandhaltungsmaßnahmen, soweit deren Finanzierung abgeschlossen ist.

2. Der sich nach Nummer 1 ergebende Budgetbetrag wird nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung um folgende Beträge an die im Kalenderjahr 1992 tatsächlich eingetretene Entwicklung angepaßt:

a) den Mehr- oder Mindererlös, der dem Krankenhaus nach Vornahme des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 1 verbleibt,

b) die Ausgleichs- und Berichtigungen nach § 4 Abs. 2 und 3.

Als Budget für das Kalenderjahr 1992 gilt bei vom Kalenderjahr abweichenden Pflegesatzzeiträumen die Summe der dem Kalenderjahr 1992 zuzurechnenden Budgetanteile. Für Krankenhäuser, die nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen erstmals in Betrieb genommen werden und diesen nach dem 31. Dezember 1991 noch nicht in vollem Umfang aufgenommen haben, tritt an die Stelle des Budgets des Kalenderjahres 1992 das für

dasjenige Kalenderjahr geltende Budget, in dem erstmals ganzjährig der volle Leistungsumfang des Krankenhauses berücksichtigt ist. Satz 5 gilt entsprechend für Teile eines Krankenhauses.

(3) Die Budgetobergrenze wird je Kalenderjahr wie folgt ermittelt:

1. Die Berechnungsgrundlage nach Absatz 2 wird jährlich um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§§ 270 und 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erhöht. Die Veränderungsrate wird für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt ermittelt.
2. Folgende Beträge sind von der nach Nummer 1 erhöhten Berechnungsgrundlage abzuziehen oder ihr hinzuzurechnen:
 - a) der Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6, vermindert um den im Kalenderjahr 1992 dafür im Budget berücksichtigten Kostenabzug,
 - b) die im Pflegesatzzeitraum auf Grund der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung eintretenden Kostenänderungen gegenüber dem Kalenderjahr 1992; dies gilt nicht, soweit die Kosten den Leistungen des Krankenhauses zuzurechnen sind, die durch Fallpauschalen vergütet werden,
 - c) für die Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1994 an die Instandhaltungskosten nach § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5,
 - d) die Entgelte für bisher nicht im Budget berücksichtigte Leistungsarten, die nach dem 31. Dezember 1992 nicht mehr durch Sonderentgelte nach § 6 vergütet werden,
 - e) Änderungen des Budgets, die infolge von Veränderungen des Leistungsangebots erforderlich sind, wenn diese Veränderungen nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen erfolgen und für das Krankenhaus rechtsverbindlich festgelegt sind.

(4) Das Budget wird unter Beachtung der in Absatz 3 genannten Vorgaben auf der Grundlage der voraussichtlichen Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Dabei werden in vorhergehenden Pflegesatzzeiträumen eingetretene Unterdeckungen nicht ausgeglichen; Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, es sei denn, es hat seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht erfüllt. Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat, darf dies nicht budgetmindernd berücksichtigt werden. Das Budget soll entsprechend der Erhöhung der Budgetobergrenze fortgeschrieben werden, soweit für den Pflegesatzzeitraum nicht mit einer wesentlichen Verringerung der dadurch vergüteten Krankenhausleistungen zu rechnen ist; Verkürzungen der Verweildauer, auch infolge ver-

mehrter teilstationärer Leistungen, bleiben dabei unberücksichtigt. Wird das Budget unterhalb der Budgetobergrenze vereinbart, kann die Budgetobergrenze in den folgenden Kalenderjahren ausgeschöpft werden, wenn sich die Krankenhausleistungen entsprechend ändern. Im Budget oder in Budgetanteilen für den Zeitraum des Kalenderjahres 1993 sind die Ausgleichs- und Berichtigungen nach § 4 in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung zu berücksichtigen. Bei der Beurteilung, ob die Budgetobergrenze eingehalten wird, bleiben die in das Budget einzurechnenden Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume außer Ansatz.

(5) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 von dem vereinbarten Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen (festes Budget). Der Ausgleichsbetrag ist so früh wie möglich über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen; die Verrechnung von Teilbeträgen ist möglich.

(6) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Wird der Vereinbarung des Budgets die voraussichtliche Veränderungsrate nach Absatz 3 Nr. 1 zugrunde gelegt und weicht die nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellte Veränderungsrate davon ab, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Wird eine geringere Erhöhung vereinbart, als nach Absatz 3 Nr. 1 zulässig ist, gilt Satz 2 entsprechend bei nicht zutreffend geschätzten Änderungen der Personalkosten auf Grund von Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, soweit die nach Absatz 3 Nr. 1 zulässige Erhöhung, die sich unter Zugrundelegung der nach § 270 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten Veränderungsrate ergibt, nicht überschritten wird. Für den jeweiligen Berichtungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 2 entsprechend. An Stelle der Berichtigungen nach Satz 2 und 3 können die Vertragsparteien für die bezeichneten Risiken im voraus einen angemessenen Wagniszuschlag vereinbaren.

(7) Weicht der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegte voraussichtliche Unterschiedsbetrag nach Absatz 3 Nr. 2 Buchstabe a von dem Unterschiedsbetrag ab, der sich unter Berücksichtigung der tatsächlich berechneten Gebühren für wahlärztliche Leistungen nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 ergibt, ist das Budget entsprechend zu berichtigen. Für den Berichtungsbetrag gilt Absatz 5 Satz 2 entsprechend.

(8) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren, soweit die Budgetobergrenze dadurch nicht überschritten wird. Satz 1 gilt nicht bei Verkürzungen der Verweildauer. Soweit ein Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget nicht über die Pflegesätze des laufenden Pflegesatzzeitraums verrechnet werden kann, gilt Absatz 5 Satz 2 entsprechend.

(9) Übersteigt ein bis zum 31. Dezember 1992 rechtswirksam gewordenes Budget, das ganz oder teilweise für einen Zeitraum nach dem 31. Dezember 1992 gilt, den nach den Absätzen 1 bis 4 zulässigen Budgetbetrag, ist es mit Wirkung vom 1. Januar 1993 um den übersteigenden Betrag zu kürzen."

3. Dem § 6 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen nur für diejenigen Leistungsarten Sonderentgelte vereinbart werden, die bereits im Kalenderjahr 1992 mit Sonderentgelten vergütet wurden. Die für das Kalenderjahr 1992 geltende Höhe der Vergütung, jeweils bereinigt um den darin enthaltenen Wahlarztabschlag und Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen, darf in dem in Satz 1 genannten Zeitraum um keinen höheren Vomhundertsatz steigen als die Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1 und 3 Nr. 1. Bei nicht zutreffend geschätzten Annahmen gilt § 4 Abs. 6 Satz 2 und 3 entsprechend; der Ausgleichsbetrag ist nach § 4 Abs. 5 Satz 2 über das Budget zu verrechnen.“

4. In § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 wird die Verweisung „§ 4 Abs. 2 Satz 5“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 6 Satz 5“ ersetzt.

5. § 17 Satz 2 Halbsatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung der Kann-Vorschriften in § 4 Abs. 6 Satz 5, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 1 Satz 2, § 16 Abs. 7 und § 21;“.

6. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Für die Höhe der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen im Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 gilt § 4 Abs. 1 bis 3 entsprechend.“

7. Die Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung wird wie folgt geändert:

- a) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 Satz 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 1“ ersetzt.
b) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 3 die Verweisung „§ 4 Abs. 1 und 2“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5 und 6“ ersetzt.
c) Im Vorblatt wird in der laufenden Nummer 8 die Verweisung „§ 4 Abs. 4“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4 Satz 2“ ersetzt.
d) In Blatt K 3 wird nach der laufenden Nummer 15 eingefügt:
„15a Wahlärztliche Leistungen
(§ 13 Abs. 3 Nr. 6)“.
e) In Blatt K 4 wird Teil K 4.1 wie folgt geändert:
aa) Die laufenden Nummern 4 bis 6 werden wie folgt geändert:

„4 Ausgleich nach § 4 Abs. 5

5 Berichtigung nach § 4 Abs. 6

6 Wagniszuschlag nach § 4 Abs. 6 Satz 5“.

bb) Die laufende Nummer 7 wird gestrichen.

f) In Blatt K 5 wird in Teil K 5.2 die laufende Nummer 7 gestrichen.

g) In Blatt K 6 wird in Teil K 6.3 die laufende Nummer 2 gestrichen.

8. In der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung wird in Blatt Z 5, Teil Z 5.1, laufende Nummer 7, die Verweisung „§ 4 Abs. 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 5“ ersetzt.

9. Im Anhang 2 zum Kosten- und Leistungsnachweis wird in Fußnote 1 die Verweisung „§ 4 Abs. 1“ durch die Verweisung „§ 4 Abs. 4“ ersetzt.

(2) Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, gilt Absatz 1 nur für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993 und 1994.

(3) Im übrigen wird die Bundespflegesatzverordnung wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit die nach Absatz 1 oder 2 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind Pflegesätze zu vereinbaren, die den Grundsatz des Vorranges der teilstationären Behandlung (§ 39 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) fördern.“

2. § 7 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die den zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger oder durch von diesem beauftragte Abrechnungsstelle abgerechnet und vom Krankenhausträger nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der diesem nach § 11 Abs. 3 zu erstattenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet.“

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3; in ihm werden das Komma und die Worte „soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt“ gestrichen.

3. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8

Belegarztabschlag

Der Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist für Patienten mit belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 um 5 vom Hundert zu ermäßigen (Belegarztabschlag). Dies gilt nicht für Krankenhäuser, in denen die ärztliche Versorgung der Patienten ausschließlich aus belegärztlichen Leistungen nach § 2 Abs. 3 besteht.“

4. In § 9 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „Pflegesatzabschläge sind“ durch die Worte „Ein Belegarztabschlag ist“ ersetzt.

5. § 11 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er verpflichtet, dem Krankenhausträger 25 vom Hundert der auf diese Leistungen vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte entfallenden Gebühren zu erstatten. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Soweit die Erstattung nach Satz 1 die im Pflegesatzzeitraum vor dem 1. Januar 1993 auf den Arzt entfallene Kostenerstattung überschreitet, kann sie in diesem Umfang auf einen mit dem Arzt vereinbarten Vorteilsausgleich angerechnet werden.“

6. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Selbstkosten des Krankenhauses sind die gemäß § 2 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes pflegesatzfähigen Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen.“

bb) In Satz 2 werden die Worte „Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu“ durch die Worte „Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören“ ersetzt.

cc) In Satz 2 Nr. 4 wird angefügt:

„einschließlich der Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

b) Absatz 3 Nr. 6 wird wie folgt gefaßt:

„6. als Kosten wahlärztlicher Leistungen nach § 7 Abs. 3 25 vom Hundert der für diese im Pflegesatzzeitraum gesondert berechneten Gebühren vor Abzug der Gebührenminderung nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte oder § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte,“.

7. Dem § 14 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Für Krankenhäuser, die auf Grund einer Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nur teilweise gefördert werden, gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.“

8. In § 16 Abs. 4 werden nach dem Wort „Krankenhausträger“ die Worte „auf Verlangen“ eingefügt.

Artikel 9

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Regelung gilt für Krankenhäuser, soweit auf diese Krankenhäuser die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden. Sie regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für den Pflegedienst mit Ausnahme der Pflege in Intensivseinheiten, in Dialyseeinheiten und in der Psychiatrie.

(2) Soweit Krankenhäuser ihre Leistungen über Fallpauschalen abrechnen, gelten die Vorschriften dieser Regelung nicht.

(3) Ziel dieser Regelung ist, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär oder teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches bedürfen.

§ 2

Pflegesatzvereinbarung

Für die in § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) werden durch diese Regelung die Maßstäbe und Grundsätze für die Personalbemessung im Pflegedienst bestimmt.

§ 3

Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 und § 10 Abs. 1,
2. Werte nach § 6 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 und § 10 Abs. 3,
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfaßt alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären

Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes.

(4) Die Zahl der Personalstellen nach § 7 und § 10 Abs. 4 ist von den Parteien abweichend zu vereinbaren, wenn dies auf Grund besonderer Verhältnisse des Krankenhauses zur Sicherung seiner Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer Abweichung ist in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung zu begründen.

ZWEITER ABSCHNITT

Krankenpflege für Erwachsene

§ 4

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Pa-

tienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zugeordnet:

Allgemeine Pflege	Spezielle Pflege
A 1 Grundleistungen	S 1 Grundleistungen
A 2 Erweiterte Leistungen	S 2 Erweiterte Leistungen
A 3 Besondere Leistungen	S 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

	Allgemeine Pflege	A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
Spezielle Pflege				
S 1 Grundleistungen		A 1/S 1	A 2/S 1	A 3/S 1
S 2 Erweiterte Leistungen		A 1/S 2	A 2/S 2	A 3/S 2
S 3 Besondere Leistungen		A 1/S 3	A 2/S 3	A 3/S 3

§ 5

Vereinbarungen der Vertragsparteien

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den nächsten Pflegesatzzeitraum die voraussichtliche durchschnittliche Zahl pro Tag der

1. insgesamt zu behandelnden Patienten,
2. Patienten in den einzelnen Patientengruppen auf der Grundlage der Ergebnisse der Zuordnung nach § 4 Abs. 2,
3. Krankenhausaufnahmen,
4. gesunden Neugeborenen und
5. tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

Bei der Vereinbarung ist die durchschnittliche Belegung des Krankenhauses sowie die Entwicklung im nächsten Pflegesatzzeitraum zu berücksichtigen.

(2) Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung Rahmenvereinbarungen, die eine Prüfung der Zuordnung der Patienten zu den Pflegestufen und im Vergleich der Krankenhäuser untereinander ermöglichen.

(3) Bis zu einer Regelung der Vertragsparteien nach Absatz 2 hat das Krankenhaus die Zuordnung der Patienten gemäß Anlage 5 zu erfassen und den Krankenkassen nach Ablauf des Quartals mitzuteilen.

§ 6

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert	Patienten- gruppe	Minuten- wert
A 1/S 1	52	A 2/S 1	98	A 3/S 1	179
A 1/S 2	62	A 2/S 2	108	A 3/S 2	189
A 1/S 3	88	A 2/S 3	134	A 3/S 3	215

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten pro Tag zugrunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach Absatz 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7

Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 vervielfacht wird,
2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 vervielfacht werden,
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen pro Tag nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die Minutenwerte nach § 6 Abs. 5 mit der Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und der Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 vervielfacht werden.

Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen. Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragsparteien unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 8

Leitende Krankenpflegepersonen

Unabhängig von der Stelle für die Leitung des Pflegedienstes erhält das Krankenhaus anteilig über die nach § 7 ermittelten Personalstellen hinaus für jeweils 80 Beschäftigte im Pflegedienst einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stations-ebene.

DRITTER ABSCHNITT

Kinderkrankenpflege

§ 9

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkranken-schwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 3 den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J), und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zugeordnet:

Allgemeine Pflege	F	K	J	Spezielle Pflege
KA 1 Grundleistungen				KS 1 Grundleistungen
KA 2 Erweiterte Leistungen				KS 2 Erweiterte Leistungen
KA 3 Besondere Leistungen				KS 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege	Allgemeine Pflege	KA 1 Grundleistungen	KA 2 Erweiterte Leistungen	KA 3 Besondere Leistungen
KS 1 Grundleistungen		KA 1-F / KS 1 KA 1-K / KS 1 KA 1-J / KS 1	KA 2-F / KS 1 KA 2-K / KS 1 KA 2-J / KS 1	KA 3-F / KS 1 KA 3-K / KS 1 KA 3-J / KS 1
KS 2 Erweiterte Leistungen		KA 1-F / KS 2 KA 1-K / KS 2 KA 1-J / KS 2	KA 2-F / KS 2 KA 2-K / KS 2 KA 2-J / KS 2	KA 3-F / KS 2 KA 3-K / KS 2 KA 3-J / KS 2
KS 3 Besondere Leistungen		KA 1-F / KS 3 KA 1-K / KS 3 KA 1-J / KS 3	KA 2-F / KS 3 KA 2-K / KS 3 KA 2-J / KS 3	KA 3-F / KS 3 KA 3-K / KS 3 KA 3-J / KS 3

§ 5 gilt entsprechend.

§ 10

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 33 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 9 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
KA 1-F / KS 1	113	KA 2-F / KS 1	149	KA 3-F / KS 1	236
KA 1-K / KS 1	118	KA 2-K / KS 1	153	KA 3-K / KS 1	230
KA 1-J / KS 1	54	KA 2-J / KS 1	116	KA 3-J / KS 1	188
KA 1-F / KS 2	162	KA 2-F / KS 2	198	KA 3-F / KS 2	285
KA 1-K / KS 2	167	KA 2-K / KS 2	202	KA 3-K / KS 2	279
KA 1-J / KS 2	103	KA 2-J / KS 2	165	KA 3-J / KS 2	237
KA 1-F / KS 3	238	KA 2-F / KS 3	274	KA 3-F / KS 3	361
KA 1-K / KS 3	243	KA 2-K / KS 3	278	KA 3-K / KS 3	355
KA 1-J / KS 3	179	KA 2-J / KS 3	241	KA 3-J / KS 3	313

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 45 Minuten zugrunde gelegt.

(4) Für die Ermittlung der Personalstellen gelten § 6 Abs. 5, § 7 und § 8 entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Schlußvorschriften

§ 11

Übergangsvorschriften

(1) Die Personalbemessung nach dieser Regelung ist erstmals bei der auf den 1. Januar 1993 folgenden Pflegesatzverhandlung zugrunde zu legen. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist das Budget für einen im Jahr 1993 noch laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren, sobald die Patientenzuordnung für ein Quartal gemäß § 5 Abs. 3 vorliegt. Dabei ist eine nach dieser Regelung höhere Personalbemessung nur

für die Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums zugrunde zu legen.

(2) Die Personalbemessung nach dieser Regelung wird in einem Übergangszeitraum vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1996 eingeführt. Soweit sie noch nicht erreicht ist, vereinbaren die Vertragsparteien im Rahmen jeder Pflegesatzvereinbarung eine jährliche, stufenweise Anpassung, bei der die Abweichung zwischen der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Personalbesetzung und der Personalbemessung nach dieser Regelung auf den verbleibenden Übergangszeitraum verteilt wird.

(3) Werden die nach Absatz 2 zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraumes ganz oder teilweise nicht besetzt und sind dem Krankenhaus deshalb geringere Personalkosten als vorkalkuliert entstanden, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zu erstatten. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen.

Anlage 1

**Bereich „Allgemeine Pflege“
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —**

		Pflegestufen		
		Einordnungsmerkmale		
Leistungsbereiche		A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
Körperpflege	Alle Patienten, die nicht A 2 oder A 3 zugeordnet werden		Hilfe bei überwiegend selbständiger Körperpflege	Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege
Ernährung			Nahrungsaufbereitung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Ausscheidung		Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung	Versorgen bei häufigem Erbrechen	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung
		Entleeren oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln		
Bewegung und Lagerung		Hilfe beim Aufstehen und Gehen	einfaches Lagern und Mobilisieren	häufiges ¹⁾ Körperlagern oder Mobilisieren

¹⁾ zwei- bis vierstündlich

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „A 2“ muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „A 2“ zu und ist ein zweites aus „A 3“ gegeben, so ist der Patient der Pflegestufe „A 2“ zuzuordnen.
Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „A 3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

**Bereich „Spezielle Pflege“
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen —**

Pflegestufen				
Einordnungsmerkmale				
Leistungsbereiche	KS 1 Grundleistungen	KS 2 Erweiterte Leistungen	KS 3 Besondere Leistungen	
<p><i>Leistungen im Zusammenhang mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - OP - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen - dauernder Bedrohung 	Alle Patienten, die nicht KS 2 oder KS 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern ¹⁾ 4 bis 6 x innerhalb von 8 Stunden ²⁾	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern ¹⁾ fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung	
<p><i>Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung</i></p>		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen	pflegespezifische physikalische Maßnahmen 3 bis 5 x täglich	pflegespezifische physikalische Maßnahmen mehr als 5 x täglich
<p><i>Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung</i></p>		bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei einer Transfusion	bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
		aufwendiger Verbandwechsel	komplette parenterale Ernährung	
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

¹⁾ Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.

²⁾ Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „S 2“ muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „S 3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „S 3“ zutrifft.

Anlage 3

Bereich „Allgemeine Pflege“ (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KA 1, KA 2, KA 3 —
Pflegestufen

		<i>Einordnungsmerkmale</i>		
Leistungs- bereiche	Alters- stufen	KA 1 Grund- leistungen	KA 2 Erweiterte Leistungen	KA 3 Besondere Leistungen
Körperpflege	F K	Baden	Waschen	Baden oder Waschen unter erschwerten Bedingungen ¹⁾
	J	Utensilien bereitstellen	Waschen oder Baden Mundpflege durchführen	
Ernährung	F	Füttern bis zu 5 x täglich	Füttern bis zu 8 x täglich	Eßtraining durchführen
	K	Füttern bis zu 4 x täglich	Füttern bis zu 6 x täglich	
	J	Nahrung bereitstellen	Füttern	
Ausscheidung	F	Wickeln bis zu 5 x täglich	Wickeln bis zu 8 x täglich	Versorgen z.B. bei: Durchfall oder Erbrechen oder Schwitzen oder Blutungen
	K	Wickeln bis zu 4 x täglich oder Topfen oder zur Toilette bringen	Wickeln bis zu 6 x täglich oder ständige Anwesenheit beim Ausscheiden	
	J	Kontrollieren	zur Toilette bringen oder Topfen oder ständige Anwesenheit beim Ausscheiden	
Bewegung und Lagerung	F K J	Betten oder Lagern	Mobilisieren oder Lagern mit einfachen Hilfsmitteln	Mobilisieren oder Lagern unter erschwerten Bedingungen ¹⁾

¹⁾ Dies sind insbesondere: Immobilität, zu- und ableitende Systeme, aufwendiges Monitoring, Sterilbedingungen, gesteigerte Abwehrhaltung.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KA 2“ muß mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „KA 2“ zu und ist ein zweites aus „KA 3“ gegeben, so ist der Patient der Pflegestufe „KA 2“ zuzuordnen.
Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „KA 3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zuzuordnen.

Bereich „Spezielle Pflege“ (Kinderkrankenpflege)
— Einordnungsmerkmale für die Pflegestufen KS 1, KS 2, KS 3 —

Leistungsbereiche	Pflegestufen		
	Einordnungsmerkmale		
	S 1 Grundleistungen	S 2 Erweiterte Leistungen	S 3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit - OP - invasiven Maßnahmen - akuten Krankheitsphasen	Alle Patienten, die nicht S 2 oder S 3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern ¹⁾ 4-6 mal innerhalb von 8 Stunden ²⁾	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern ¹⁾ fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		aufwendiges Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen	fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen	mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	
		aufwendiger Verbandwechsel	
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

1) Diese Parameter sind insbesondere: Puls, Blutdruck, Atmung, Bewußtseinslage, Temperatur, Nierenfunktion, Blutzucker.

2) Das bedeutet nicht, daß die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen; es soll nur die Leistungsdichte beschrieben werden.

Zuordnungsregel:

Jeder Patient ist einmal am Tag einer der drei Pflegestufen zuzuordnen.
Einordnungsmerkmale sind durch getrennte Felder kenntlich gemacht.
Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „KS 2“ muß mindestens ein Einordnungsmerkmal zutreffen.
Eine Zuordnung nach „KS 3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „KS 3“ zutrifft.

Artikel 10**Änderung des Sozialgerichtsgesetzes**

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

1. § 97 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 6 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Worte angefügt:

„die aufschiebende Wirkung entfällt in den Fällen, in denen die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten von der Behörde, die den Verwaltungsakt erlassen oder über den Widerspruch zu entscheiden hat, besonders angeordnet wird.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 und 6“ durch die Worte „Im Falle des Absatzes 1 Nr. 4“ ersetzt.

- c) Es wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 ist das besondere Interesse an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts schriftlich zu begründen. Auf Antrag kann das Gericht der Hauptsache die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise wiederherstellen. Der Antrag ist schon vor Erhebung der Anfechtungsklage zulässig. Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen, so kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen. Die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung kann von der Leistung einer Sicherheit oder von anderen Auflagen abhängig gemacht werden. Beschlüsse über solche Anträge können jederzeit geändert oder aufgehoben werden.“

2. § 193 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen der Behörden, der Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts. Dies gilt nicht für als Kläger oder Beklagte Beteiligte in den in § 116 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte genannten Verfahren, soweit es sich um Streitigkeiten in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch handelt.“

Artikel 11**Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes**

In § 13 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juni 1992 (BGBl. I S. 1062), werden nach dem Wort „Krankenversicherungsunternehmen“ die Worte „, das die in § 257

Abs. 2 a und 2 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt,“ eingefügt.

Artikel 12**Änderung der Gebührenordnung für Ärzte**

§ 6 a der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818) wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Zahl „15“ durch die Zahl „25“ ersetzt.

- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Werden Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen Konsiliarärzten erbracht, beträgt die Minderung 15 vom Hundert.“

2. In Absatz 2 wird die Verweisung „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 13**Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte**

§ 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Zahl „15“ durch die Zahl „25“ ersetzt.

- b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Werden Leistungen nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen Konsiliarzahnärzten erbracht, beträgt die Minderung 15 vom Hundert.“

Artikel 14**Datenerhebungen zur Prüfung von Finanz- und Risikoausgleichsverfahren**

(1) Die Krankenkassen erfassen für das Geschäftsjahr 1994 nicht versichertenbezogen

1. die Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der Gliederung und nach den Bestimmungen des am 1. Januar 1994 geltenden Kontenrahmens,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen, getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner.

(2) Die Krankenkassen erfassen zum 1. Oktober 1993 und 1. Oktober 1994 die Zahl der Mitglieder und der nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen nach Altersgruppen mit Altersabständen von fünf Jahren, getrennt nach Mitgliedergruppen und Geschlecht. Die Trennung der Mitgliedergruppen erfolgt nach den in §§ 241 bis 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Merkmalen. Die Zahl der Berufs- und

Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute wird in der Erhebung nach Satz 1 zum 1. Oktober 1993 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt erfaßt.

(3) Die Krankenkassen erfassen für das Geschäftsjahr 1994 nicht versichertenbezogen die in Absatz 1 genannten Leistungsausgaben und die Krankengeldtage auch getrennt nach den Altersgruppen gemäß Absatz 2 Satz 1 und nach dem Geschlecht der Versicherten, die Krankengeldausgaben nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in §§ 241 bis 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Mitgliedergruppen; die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, werden nicht erfaßt. Bei der Erfassung nach Satz 1 sind die Leistungsausgaben für die Gruppe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und der Bezieher einer Rente für Bergleute getrennt zu erfassen. Die Erfassung der Daten nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt in mindestens drei und höchstens fünf Bundesländern im Rahmen einer für die Region und die Kassenart repräsentativen Stichprobe. Die Stichproben werden in mindestens zwei Flächenstaaten, davon mindestens ein Flächenstaat im Beitrittsgebiet, und mindestens in einem Stadtstaat erhoben. Der Gesamtumfang der Stichproben beträgt höchstens 10 vom Hundert aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten.

(4) Bundesunmittelbare Krankenkassen erfassen die Daten nach den Absätzen 1 bis 3 getrennt nach Bundesländern. Die regionale Zuordnung der Daten nach den Absätzen 1 bis 3 erfolgt für versicherungspflichtige Beschäftigte und deren Familienangehörige nach dem Beschäftigungsort, für die übrigen Versicherten nach dem Wohnort des Mitgliedes. Für die See-Krankenkasse gilt als Beschäftigungs- oder Wohnort nach Satz 2 der Sitz der Kasse. Krankenkassen mit nicht mehr als 450 Mitgliedern und Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich nur geringfügig über eine Landesgrenze hinaus erstreckt, können die Daten abweichend von Satz 1 dem Bundesland zuordnen, in dem die Krankenkasse ihren Sitz hat.

(5) Die Krankenkassen legen die Ergebnisse der Datenerfassung nach den Absätzen 1, 3 und 4 bis zum 31. Mai 1995, die Ergebnisse der Datenerfassung nach Absatz 2 spätestens drei Monate nach dem Erhebungstichtag über ihre Spitzenverbände dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vor.

(6) Für die Datenerfassung nach Absatz 4 können die bundesunmittelbaren Krankenkassen in dem Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein regionales Merkmal oder andere regionale Kennzeichnungen auf dem Krankenschein verwenden. Für die Datenerfassung nach Absatz 3 können die hiervon betroffenen Krankenkassen im Geschäftsjahr 1994 auf dem Krankenschein auch Kennzeichen für die Mitgliedergruppen nach Absatz 3 Satz 1 und 2 verwenden. Enthält der Krankenschein Kennzeichnungen nach Satz 1 oder Satz 2, übertragen Ärzte und Zahnärzte diese Kennzeichnungen auf die für die kassen- oder vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Verordnungsblätter und

Überweisungsscheine. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer verwenden die Kennzeichen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Leistungsabrechnung. Andere Verwendungen der Kennzeichen nach den Sätzen 1 und 2 sind unzulässig. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen die für die Datenerfassung nach den Absätzen 1 bis 4 notwendigen Abrechnungsdaten in geeigneter Weise auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(7) Die Krankenkassen übermitteln den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über ihre Spitzenverbände die Kennzeichen nach § 293 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Versicherungsnummern nach § 147 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch der bei ihnen pflichtversicherten Rentner, die bundesunmittelbaren Krankenkassen auch die Kennzeichen für die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regionen. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung melden den zuständigen Krankenkassen über ihre Spitzenverbände die Summen der an die nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Mitglieder am 1. Oktober 1993 gezahlten Renten der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Grundlage der Kennzeichen nach Satz 1. Die Meldung nach Satz 2 enthält auch die Information, welche Versicherten eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung der Aufgaben nach den Sätzen 2 und 3 auf die Deutsche Bundespost übertragen; die Krankenkassen übermitteln über ihre Spitzenverbände die Daten nach Satz 1 in diesem Fall an die nach § 119 Abs. 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Stelle. § 119 Abs. 6 Satz 1 und Abs. 7 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch gilt. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder die nach Satz 4 beauftragte Stelle löschen die Daten nach Satz 1 nach Durchführung ihrer Aufgaben nach Absatz 7, spätestens zum 31. Dezember 1994. Die Krankenkassen dürfen die Daten nur für die Datenerhebung nach den Absätzen 1 bis 4 verwenden. Die Daten nach Satz 3 sind nach Durchführung der Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 5, spätestens zum 31. Dezember 1996, zu löschen.

(8) Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. April 1993

1. das Nähere über die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach Absatz 3,
2. für alle betroffenen Krankenkassen einheitliche Merkmale für die Bestimmung der Geringfügigkeit nach Absatz 4 Satz 4,
3. das Nähere über das Verfahren der Kennzeichnungen nach Absatz 6 Sätze 1 und 2; insoweit gilt § 293 Abs. 2 nicht,
4. mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Vereinbarungen nach § 295 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über das Verfahren nach Absatz 6 Sätze 3 bis 5,

5. einheitlich und gemeinsam mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e. V. das Nähere über das Verfahren der Meldung nach Absatz 7.

(9) Kommen die Vereinbarungen nach Absatz 8 bis zum 30. April 1993 nicht zustande, bestimmt der Bundesminister für Gesundheit das Nähere über die Erfassung und Meldung der Daten.

(10) Die Kosten werden getragen

1. für die Erfassung nach den Absätzen 1 und 2 von den betroffenen Krankenkassen,
2. für die Erfassung nach Absatz 3 von den Spitzenverbänden der jeweils betroffenen Krankenkassen,
3. für die Erfassung nach Absatz 4 von den jeweils betroffenen Krankenkassen; die Spitzenverbände der betroffenen Krankenkassen können in ihren Satzungen hierfür einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen ihrer Kassenart vorsehen,
4. für die Erfassung, Aufbereitung und Übermittlung der Daten nach Absatz 6 Satz 3 bis 5 die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die übrigen Leistungserbringer,
5. für die Meldung nach Absatz 7 der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

(11) Die Absätze 1 bis 10 gelten nicht für landwirtschaftliche Krankenkassen.

Artikel 15

Budgetierung der Verwaltungsausgaben

(1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vomhundertsatz verändern, um den sich die nach §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Für das Kalenderjahr 1993 sind die in Satz 1 genannten Ausgaben der Krankenkasse im Kalenderjahr 1991 zugrunde zu legen, die entsprechend der Entwicklung der nach §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets im Kalenderjahr 1992 je Mitglied erhöht werden. Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung des Budgets ist im Budget des Folgejahres auszugleichen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet mit der Maßgabe, daß als beitragspflichtige Einnahmen diejenigen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen sind. Bei den Betriebskrankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet sind als Ausgangsbasis des Jahres 1991

nur die um die Personalkosten nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Verwaltungsausgaben zugrunde zu legen.

(3) Absätze 1 und 2 gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechend.

(4) Verwaltungsausgaben im Sinne der Absätze 1 und 2 sind alle Ausgaben, die nach der Anlage 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 in der Kontenklasse 7 — Verwaltungs- und Verfahrenskosten — zu buchen sind. Unberücksichtigt bleiben Verwaltungsausgaben für Leistungen, die nur einer Kassenart oder einem Verband durch die Ausführung von Rechtsvorschriften entstehen und nicht von einem Dritten ersetzt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde kann bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände eine im einzelnen bestimmte Ausnahme von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach den Absätzen 1 bis 3 gestatten.

Artikel 16

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 6, 8, 12 und 13 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden. Artikel 9 kann auf Grund des § 16 Satz 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), sowie in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

Artikel 17

Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes

Artikel 61 des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) wird gestrichen.

Artikel 18

Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen

Vertragliche Vereinbarungen sind in den Teilen unwirksam, in denen sie mit den Regelungen dieses Gesetzes nicht vereinbar sind. Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen bis zum 31. März 1993 den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. § 71 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Artikel 19**Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung**

(1) Kommen Regelungen nach § 106 Abs. 3, § 115 Abs. 1 bis 4, § 135 Abs. 3 und 4, § 136 Abs. 1, § 296 Abs. 4, § 300 Abs. 3, § 301 Abs. 3, § 302 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie nach § 17 Abs. 5 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, kann der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen.

(2) Die Rechtsverordnungen nach Absatz 1 gelten für mindestens ein Jahr. Anschließend kann die Selbstverwaltung die Vereinbarungen und Richtlinien nach den gesetzlichen Vorgaben weiterentwickeln. Nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden hat die Vereinbarung oder Richtlinie ab dem ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden übernächsten Monats Vorrang vor der Rechtsverordnung. Die Selbstverwaltung hat die Vereinbarung oder Richtlinie einschließlich des Genehmigungsvermerks entsprechend den für ihre Satzungen geltenden Regelungen öffentlich bekanntzumachen.

Artikel 20**Arznei- und Heilmittelbudget für 1993**

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 gelten die Ausgaben der beteiligten Krankenkassen für Arznei-, Verband- und Heilmittel im Jahr 1991 im Geltungsbereich des Budgets nach Maßgabe der Sätze 2 bis 7. Die Ausgaben für Arzneimittel werden verringert um

1. 4,25 vom Hundert auf Grund der Neuregelung der Zuzahlung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. 2,54 vom Hundert auf Grund der Senkung der Arzneimittelpreise nach Artikel 21,
3. 1,51 vom Hundert auf Grund der Festsetzung weiterer Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Jahren 1992 und 1993.

Auf dieser Basis werden die Ausgaben für Arzneimittel erhöht um

1. 1,74 vom Hundert auf Grund des Anstiegs der Arzneimittelpreise vom 1. Januar bis 30. April 1992,
2. 0,9 vom Hundert auf Grund der Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel zum 1. Januar 1993,
3. 3,5 vom Hundert auf Grund einer einmaligen Berücksichtigung der gestiegenen Zahl der Kassen- und Vertragsärzte.

Die Vomhundertsätze nach Satz 2 sind jeweils auf die Ausgaben des Jahres 1991, die Vomhundertsätze

nach Satz 3 jeweils auf das nach Satz 2 bereinigte Ausgabenniveau zu beziehen. Die Ausgaben für Heilmittel werden um den Vomhundertsatz erhöht, um den sich in den Jahren 1992 und 1993 die nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied erhöhen. Satz 3 Nr. 3 gilt auch für Heilmittel. Für die Ausgaben für Verbandmittel gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(2) Die Ausgaben nach Absatz 1 Satz 1 werden für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets nicht überschreitet, aus den Rechnungsergebnissen des Jahres 1991 auf der Grundlage der Kontenarten 430, 450 bis 453 gemäß § 25 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung, Anlage 1, ermittelt. Für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets überschreitet, werden die Ausgaben zugrunde gelegt, die sich aus der Vervielfachung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel pro Behandlungsfall der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 1991 mit der Zahl der von der jeweiligen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Geltungsbereich des Budgets für das Jahr 1991 abgerechneten Behandlungsfälle ergeben. Die Ausgaben nach § 84 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 werden entsprechend ermittelt. Soweit ausreichende statistische Angaben über die Ausgaben im Geltungsbereich des Budgets nicht vorliegen, sind Schätzungen auf der Grundlage geeigneter Bezugsgrößen vorzunehmen.

(3) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fort.

(4) Für das Beitrittsgebiet gelten Budgets erstmalig für das Jahr 1994. Den Budgets für 1994 sind die verdoppelten Ausgaben des ersten Halbjahres 1992, bereinigt um den Rechnungsabschlag nach § 311 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, unter Berücksichtigung der in Absatz 1 sowie der in § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorgaben zugrunde zu legen. Absatz 3 gilt entsprechend."

Artikel 21**Preismoratorium für Arzneimittel**

(1) Die Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Arzneimittel, für die am 1. Januar 1993 kein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt ist, betragen in den Jahren 1993 und 1994

1. höchstens 95 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Arzneimitteln, die der Verschreibungspflicht unterliegen,
2. höchstens 97,5 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Arzneimitteln, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Preisabschläge nach Absatz 1 entsprechend der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (89/105/EWG) die Preisabschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufheben oder verringern.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Versorgung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind.

Artikel 22

Überleitungsvorschriften

§ 1

Altersgrenze für Kassenärzte und Kassenzahnärzte

Bei Kassenärzten und Kassenzahnärzten, die am 1. Januar 1999 das fünfundsechzigste Lebensjahr bereits vollendet haben, endet die Zulassung am 1. Januar 1999. War der Kassenarzt oder Kassenzahnarzt zu diesem Zeitpunkt weniger als fünfzehn Jahre als Kassenarzt oder Kassenzahnarzt tätig, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Satz 1 gilt für angestellte Ärzte entsprechend.

§ 2

Eintragung in das Arztregister

Bis zum 31. Dezember 1993 erfolgte Eintragungen in das Arztregister bleiben unberührt. Wird ein Antrag auf Zulassung als Kassenarzt nach dem 31. Dezember 1994 gestellt, hat der Arzt unbeschadet des Satzes 1 die Voraussetzungen des § 95a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erfüllen.

§ 3

Preisvereinbarungen bei Hilfsmitteln

Haben Krankenkassen noch keine Preisvereinbarungen nach § 126 des Fünften Buches Sozialgesetz-

buch mit Leistungserbringern getroffen, bleiben bestehende Preisvereinbarungen mit Verbänden der Leistungserbringer so lange in Kraft, bis die vereinbarte Vertragslaufzeit endet, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1993.

§ 4

Auskünfte an Versicherte

(1) Soweit der Krankenkasse die Angaben verfügbar sind, kann der Versicherte Auskunft höchstens über die von ihm in den letzten zwei Geschäftsjahren in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten verlangen. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Auskunftserteilung regeln.

(2) Die Vertragspartner der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren, daß auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherten Auskünfte über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und ihre Kosten erteilen. Absatz 1 gilt entsprechend.

Artikel 23

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft, soweit in den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. Januar 1994 treten in Kraft:

Artikel 1 Nr. 12, 19 Buchstabe a, Nr. 20, Artikel 5 Nr. 1 und Artikel 7 Nr. 4.

(3) Am 1. Januar 1996 treten in Kraft:

Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb und Nr. 9 Buchstaben a und c sowie Artikel 8 Abs. 3 Nr. 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc.

(4) Artikel 22 § 4 tritt am 31. Dezember 1994 außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangssituation

1. Handlungsbedarf

Die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in den alten Bundesländern dramatisch. Die Ausgaben der Krankenkassen steigen doppelt so stark wie die beitragspflichtigen Einnahmen. Im Jahr 1991 gab es ein Defizit in der Krankenversicherung der alten Bundesländer von 5,5 Mrd. DM, für 1992 wird mit einem Defizit von ca. 10 Mrd. DM gerechnet. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der nach der Gesundheitsreform von 12,9% im Jahr 1989 auf 12,2% im Jahr 1991 gesunken ist, ist zwischenzeitlich wieder auf 12,6% gestiegen. In den neuen Bundesländern ist die Finanzierung der GKV derzeit noch stabil. Dies ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß die Versorgungs- und Versichertenstrukturen noch nicht denen der alten Länder entsprechen. Mit der zu erwartenden Angleichung sind aber auch in den neuen Ländern ohne ausgabenbegrenzende Regelungen Finanzierungsprobleme zu erwarten.

Die Hauptursachen für den Kostendruck in der GKV sind Überkapazitäten, unwirtschaftliche Strukturen und medizinisch nicht erforderliche Mengenausweitungen. Faktoren wie z. B. die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt wirken nur langfristig und erklären die kurzfristigen Kostenschübe nicht. Wenn binnen eines Jahres die Arzneimittel-, Zahnersatz- oder Kurausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zweistellig wachsen und auf diesem Niveau erneut zweistellige Zuwachsraten zu erwarten sind, dann kann dies nicht mit Langfristeffekten erklärt werden. Vielmehr ist die Annahme erheblicher Unwirtschaftlichkeiten berechtigt. Die sich zunehmend verschärfende Konkurrenzsituation unter den niedergelassenen Ärzten fördert die Bereitschaft zu einem großzügigen und damit unwirtschaftlichen Ordnungsverhalten.

Steigende Ausgaben und steigende Beitragssätze sind mit ihren gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen eine gefährliche Belastung der Arbeitnehmer und Betriebe. Das gilt gerade jetzt vor dem Hintergrund der finanziellen Belastungen durch den Aufbau in den neuen Ländern und angesichts der Herausforderungen durch den europäischen Binnenmarkt. Steigende Beitragssätze führen zudem automatisch zu niedrigeren jährlichen Rentenanpassungen.

Deshalb besteht dringender Handlungsbedarf. Zum einen müssen die wachsenden Defizite der GKV sofort abgebaut werden. Zum anderen geht es darum, Struk-

turmaßnahmen einzuleiten, um die Ausgabenentwicklung der GKV mittelfristig zu stabilisieren. Darüber hinaus werden notwendige Schritte unternommen, um die Finanzierbarkeit der GKV auch über das Jahr 2000 hinaus zu sichern.

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) wurde ein erster wichtiger Schritt zur Strukturverbesserung der GKV gemacht. Überversorgungen wurden teilweise beseitigt und gleichzeitig Unterversorgungen bei der Prävention und bei der ambulanten Hilfe für Schwerpflegebedürftige abgebaut. Neue Elemente, wie z. B. Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung und Belohnung für Gesundheitsvorsorge, wurden eingeführt. Allerdings sind wichtige Steuerungsinstrumente des GRG, wie z. B. Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Transparenzvorschriften, noch nicht umgesetzt worden. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß der Aufbau in den neuen Bundesländern Kapazitäten der Selbstverwaltung gebunden hat. Zum Teil haben aber auch Interessengegensätze den Abschluß von Vereinbarungen durch die Selbstverwaltung verhindert.

Wenn nun, vier Jahre nach dem Inkrafttreten des GRG, erneut umfassende gesetzliche Änderungen erforderlich sind, dann heißt dies nicht, daß das GRG ohne Erfolg gewesen oder gescheitert sei. Richtig ist vielmehr, daß ohne diese Reform die Beitragssätze heute schon über 14% lägen. Die Beitragszahler hätten seit der Gesundheitsreform rund 50 Mrd. DM zusätzlich durch höhere Beiträge zu tragen gehabt. Die Krankenkassen hätten hohe Defizite aus den Jahren vor der Reform nicht ausgleichen können.

Schon bei der Beratung des GRG hat die Bundesregierung betont, daß nicht alle Probleme des Gesundheitswesens in einem Schritt gelöst werden können. Zur weiteren Begrenzung von Überkapazitäten, insbesondere der steigenden Zahl niedergelassener Ärzte, zur Schaffung von mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung und zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen wurden bereits bei der Verabschiedung des GRG weitere Reformschritte angekündigt. Diese werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf gemacht bzw. vorbereitet.

Die Notwendigkeit einer Weiterführung der Reform wird von allen Parteien sowie den Verbänden und Experten des Gesundheitswesens gesehen. Die Koalition hat Anfang Juni 1992 Eckwerte zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV beschlossen, die viele Vorschläge des Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen und der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Strukturreform in der GKV berücksichtigen.

Die Eckwerte der Koalition werden nunmehr in zwei Gesetzentwürfen, dem Gesundheits-Strukturgesetz und dem dritten Gesetz zur Änderung des SGB V, eingebracht. Während die leistungsrechtlichen Maßnahmen in der 3. Novelle zum SGB V enthalten sind, sind die strukturellen Regelungen Gegenstand des Gesundheits-Strukturgesetzes. Beide Gesetze stehen politisch in einem unauflösbaren Zusammenhang.

Das Gesamtpaket verteilt die Belastungen gerecht auf alle Beteiligten im Gesundheitswesen, Leistungserbringer und Versicherte. Von dem gesamten Einsparvolumen in Höhe von rd. 11,4 Mrd. DM entfallen rd. 8,2 Mrd. DM auf die Leistungserbringer, rd. 3,2 Mrd. DM auf die Versicherten. Würde nicht gehandelt, würden die Versicherten durch ständig steigende Defizite und dadurch bedingte Beitragssatzerhöhungen noch mehr belastet.

Die soziale Symmetrie wird gewahrt, weil Härtefallregelungen weiterhin verhindern, daß chronisch Kranke und Bezieher niedriger Einkommen finanziell zu stark belastet werden. Die besondere Situation der Familien wird berücksichtigt, weil Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wie bisher von Zuzahlungen befreit bleiben. Es ist sichergestellt, daß auch in Zukunft niemand aus finanziellen Gründen von einer notwendigen medizinischen Versorgung ausgeschlossen wird.

2. Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung

Die Ausgaben der GKV sind von 1970 bis 1991 von 25,2 Mrd. DM auf 158,9 Mrd. DM gestiegen. Die Folge dieser Ausgabenentwicklung, deren Wachstumsrate in den Jahren vor Inkrafttreten des GRG im Durchschnitt deutlich über der Steigerungsrate der Grundlöhne lag, war ein Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 8,2% im Jahr 1970 über 12,0% im Jahr 1982 auf 12,9% im Jahr 1988.

Nach einer Stabilisierung infolge des GRG steigen die Leistungsausgaben seit Mitte 1990 wieder stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. Im Jahr 1991 lag das Wachstum der Ausgaben mehr als doppelt so hoch wie das der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Bundesregierung erwartet, daß durch die vorgesehenen Maßnahmen der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV, der derzeit in den alten Bundesländern bei 12,6% liegt, bis Anfang 1993 noch geringfügig ansteigen und sich in der Folgezeit stabilisieren wird. Für die neuen Bundesländer ist damit zu rechnen, daß das derzeit erreichte Niveau von 12,7% noch geringfügig gesenkt und in den folgenden Jahren stabilisiert werden kann.

3. Handlungsbedarf in den einzelnen Leistungsbereichen

Die Ausgabenentwicklung in den alten Bundesländern verdeutlicht den Handlungsbedarf.

a) Krankenhaus

Die Ausgaben für die Krankenhausversorgung in Höhe von 49 Mrd. DM im Jahr 1991 bilden den größten Ausgabenblock der GKV. Gegenüber 1990 stiegen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung im Jahr 1991 je Mitglied um 7,8%, und damit um fast 3 Prozentpunkte mehr als die beitragspflichtigen Einnahmen.

Ohne erhöhte Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern und ohne die Begrenzung der Krankenhausversorgung auf Patienten, die der Krankenhausbehandlung auch wirklich bedürfen, ist die Stabilität der Beitragssätze nicht zu erreichen.

Der grundlegende Strukturfehler im Krankenhaus ist das Selbstkostendeckungsprinzip in Verbindung mit dem tagesgleichen Pflegesatz. Solange das belegte Bett, nicht aber die Leistung, die der Patient benötigt, der Maßstab für die Einnahmen, für die Personalausstattung und für die Investitionsförderung ist, sind Fehlsteuerungen und zu hohe Verweildauern die ökonomisch logische Konsequenz falscher Rahmenbedingungen. Zudem leisten ein globales Überangebot an Akutbetten und medizinisch nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen der Fehlbelegung Vorschub. Zu Fehlentwicklungen tragen auch die unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die z. T. noch ausstehende Umsetzung der Instrumente des GRG, z. B. dreiseitige Verträge, sowie die praktische Bedeutungslosigkeit des Kündigungsrechts von Krankenhäusern bei.

Deshalb sieht der vorliegende Gesetzentwurf weitreichende strukturelle Änderungen und damit eine umfassende Krankenhausreform vor, deren Ziel es ist, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Die medizinische Leistungsfähigkeit und die Versorgungsqualität der Krankenhäuser wird nicht beeinträchtigt.

b) Ambulante ärztliche Versorgung

Seit Inkrafttreten des GRG sind die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung von 22,7 Mrd. DM auf 26,7 Mrd. DM im Jahr 1991 gestiegen. Die Steigerungsrate je Mitglied lag 1991 mit 7,3% mehr als 2 Prozentpunkte über den beitragspflichtigen Einnahmen. Ursachen dafür sind eine in ihrem Ausmaß medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung, die Herausnahme einzelner Leistungsbereiche aus der Deckelung der Gesamtvergütung, die gestiegene Zahl von Ärzten bei weiter zunehmendem Ungleichgewicht zwischen allgemeinärztlicher und fachärztlicher Versorgung, aber auch die ausgebliebene oder unzureichende Umsetzung wesentlicher Vorschriften des GRG (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Richtgrößen und Transparenz). Der vorliegende Gesetzentwurf sieht weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im ambulanten Bereich vor; insbesondere enthält er entscheidende Regelungen zum Abbau des Überangebots in der kassenärztlichen Versorgung. Die Selbstverwaltung bleibt aufgefordert, die Vorschriften des GRG zu realisieren.

c) Ambulante zahnärztliche Versorgung

Seit dem Jahr 1989 haben sich die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung (zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz ohne Versichertenanteile) von 12,6 Mrd. DM auf 14,6 Mrd. DM im Jahr 1991 erhöht. Der Rückgang der Ausgaben in den Jahren 1989 und 1990 ist vor allem auf eine explosive Mengenentwicklung beim Zahnersatz vor Inkrafttreten des GRG zurückzuführen. Zahnersatz und zahnärztliche Behandlung zusammen lagen im Jahr 1991 allerdings mit einer Steigerungsrate von 10,5 % je Mitglied wieder über dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen mit 5,0 %.

Der weit überproportionale Anstieg beim Zahnersatz (13,7 % je Mitglied) im Jahr 1991 beschleunigte sich im ersten Quartal 1992 nochmals (17,3 % je Mitglied). Diese Ausgabenentwicklung ist medizinisch kaum zu erklären und gesundheitspolitisch nicht gewollt. Außerdem sind Zahnersatzleistungen gegenüber der Zahnerhaltung immer noch zu hoch bewertet.

d) Arzneimittel

Die Ausgaben der GKV für Arzneimittel sind von 20,2 Mrd. DM im Jahr 1989 auf 24,4 Mrd. DM im Jahr 1991 gestiegen. Gegenüber dem Vorjahr liegen die Leistungsausgaben je Mitglied mit 10,0 % doppelt so hoch wie der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Nach einem Rückgang im Jahr 1989 hat sich die expansive Ausgabenentwicklung wie vor Inkrafttreten des GRG fortgesetzt. Dazu haben vor allem die steigende Zahl von Verordnungen durch niedergelassene Ärzte, die Veränderung des Wertes je Verordnung, aber auch die unzureichende Umsetzung der Vorschriften des GRG beigetragen. So wurden bisher nur für ca. 40 % der GKV-Arzneimittelausgaben Festbeträge festgesetzt. Nicht erfolgreich waren die Bemühungen der Selbstverwaltung bei der Vereinbarung von Richtgrößen und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Deshalb sieht der Gesetzentwurf bei der Arzneimittelversorgung Maßnahmen vor, die zu einer Ausgabendämpfung und wirtschaftlicheren Ordnungsweise beitragen werden.

e) Heil- und Hilfsmittel, Kuren

Die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel haben sich seit Inkrafttreten des GRG von 7,8 Mrd. DM auf 9,5 Mrd. DM erhöht. Je Mitglied stiegen sie im Jahr 1991 um 11,8 %; wesentlichen Anteil daran haben die hohen Steigerungsraten für Heilmittel. Ursachen hierfür sind bei den Heilmitteln wie im Arzneimittelbereich eine starke Mengenexpansion sowie fehlende Richtgrößen.

Die Ausgaben für Kuren, die nach Inkrafttreten des GRG im Jahr 1989 zunächst deutlich zurückgegangen

waren, haben sich in den Jahren 1990 und 1991 wieder spürbar erhöht, insbesondere im Bereich der stationären Kuren. 1991 betrug die Steigerungsrate für Kuren je Mitglied 19,5 % und lag damit fast viermal so hoch wie der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen.

f) Andere Bereiche*Verwaltungsausgaben der Krankenkassen*

Auch aufgrund des Aufbaus in den neuen Bundesländern sind die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 1991 gegenüber dem Vorjahr um 7,4 % je Mitglied gestiegen. Sie liegen um 2,4 Prozentpunkte über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen und tragen damit ebenfalls zur defizitären Entwicklung in der GKV bei.

Kosten- und Leistungstransparenz

Die bei den Krankenkassen anfallenden Daten über das Leistungsgeschehen in der medizinischen Versorgung und die damit verbundenen Kosten werden bisher nur unzureichend genutzt, um die Informationsgrundlagen für gezielte Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Insbesondere fehlen die Voraussetzungen für eine maschinelle Erfassung und Auswertung der Daten weitgehend.

Zudem ist das derzeit praktizierte Abrechnungssystem in der GKV für die Beteiligten, insbesondere die Versicherten, nicht transparent. Der Versicherte hat keinerlei Information, welche Kosten er mit seiner Leistungsanspruchnahme verursacht. Versicherteninformation ist aber Voraussetzung für Kostenbewußtsein.

Organisationsreform

Handlungsbedarf besteht auch hinsichtlich der Organisationsreform der GKV. Unterschiedliche Risikostrukturen, die sich bei den Kassen nachhaltig auswirken und zu höchst unterschiedlichen Beitragssätzen führen, gewinnen vor dem Hintergrund der fehlenden Wahlmöglichkeit der versicherungspflichtigen Arbeiter eine verfassungsrechtliche Dimension.

Die Änderung der historisch gewachsenen Organisationsstrukturen in der GKV hat weitreichende Auswirkungen. Deshalb sind gesicherte Erkenntnisse über die Strukturunterschiede und etwaige regionale oder bundesweite Ausgleichsmechanismen zwischen Krankenkassen und Kassenarten notwendig. Auch für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger liegen keine regionalen Daten vor. Für die übrigen Krankenkassen sind die Mitglieder- sowie Ausgaben- und Einnahmen-Daten nicht hinreichend differenziert. Deshalb wird mit dem Gesetzentwurf die Informationsbasis als Voraussetzung für die Entscheidung über eine Organisationsreform der GKV geschaffen.

II. Schwerpunkte der Reform

1. Gesundheits-Strukturgesetz — Ausgaben begrenzen und unwirtschaftliche Strukturen beseitigen

Um kurzfristig weitere Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden, wird mit dem Gesundheits-Strukturgesetz eine Sofortbremsung bei den Ausgaben eingeleitet. Von 1993 bis 1995 dürfen die Ausgaben der GKV nur noch so stark steigen wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Budgetierung der Ausgaben der GKV bezieht sich nicht nur auf die einzelnen Leistungsbereiche, sondern gilt auch für die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Ausgangsbasis für die Budgetierung sind — bis auf den Krankenhausbereich — die um die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen in 1992 erhöhten Rechnungsergebnisse des Jahres 1991. Für den Bereich der neuen Bundesländer wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens geprüft, ob die Finanzergebnisse des Jahres 1991 eine geeignete Ausgangsbasis für die Veränderung der Ausgaben in den Folgejahren sind. Die Budgetierung trägt der bereits im GRG formulierten gesetzlichen Verpflichtung zur Beitragssatzstabilität Rechnung. Beitragssatzstabilität heißt aber nicht, daß die Gesundheitsausgaben stagnieren. Allein durch den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder fließen den gesetzlichen Krankenkassen in den alten Bundesländern im Jahr 1992 voraussichtlich zusätzliche Mittel in Höhe von 6 bis 7 Mrd. DM zu. Damit läßt sich eine Gesundheitsversorgung, die den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt, sicherstellen. Gleichzeitig werden Arbeitnehmer und Betriebe nicht weiter belastet; die Leistungserbringer nehmen weiterhin am Wachstum der Volkswirtschaft teil.

Gesetzliche Eingriffe zur Begrenzung der Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen sind kein dauerhaftes Instrument und können und sollen auch nicht beliebig oft eingesetzt werden. Bereits mittelfristig muß das Zusammenwirken von Krankenkassen, Leistungserbringern, Versicherten und vom Gesetzgeber zu einer am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientierten Selbststeuerung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Diesem Ziel dienen die Strukturelemente dieses Gesetzentwurfs.

Die Budgetierung bedeutet nicht, daß die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen außer Funktion gesetzt wird. Sie kann weiterhin die Zuwächse der Gesamtvergütung aushandeln, muß allerdings als Obergrenze den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung beachten. Im übrigen bleiben alle Funktionen der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV erhalten. Nur wenn innerhalb angemessener Fristen die Aufträge der Gesetzgebung nicht erfüllt werden, sind Regelungen vorgesehen, die zu einem Abschluß führen, entweder durch die Anrufung von Schiedsstellen, durch die Aufsichtsbehörden oder durch befristete Ersatzvornahmen im Verordnungswege.

Um die Grundlagen der GKV auch über das Jahr 2000 hinaus zu sichern, muß neben der Sofortbremsung und den Strukturmaßnahmen langfristig eine Neuab-

grenzung zwischen Solidarität und Eigenverantwortung vorgenommen werden.

2. Maßnahmen in den einzelnen Leistungsbereichen

a) Krankenhaus

Bedeutung

Im GRG wurde der Krankenhausbereich nicht strukturell verändert. Das Gesundheits-Strukturgesetz holt damals Versäumtes nach. Die Bedeutung des stationären Sektors zeigt sich allein daran, daß ein Drittel der Leistungsausgaben der GKV auf das Krankenhaus entfällt. Ohne Stabilität im Krankenhausbereich gibt es keine Beitragssatzstabilität.

Sofortbremsung

Unter Berücksichtigung der neuen Pflegepersonalanhaltszahlen werden im Rahmen der Sofortbremsung die Budgets der Krankenhäuser von 1993 bis 1995 auf der Basis des Jahres 1992 an die jährliche Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder gekoppelt. Die Steigerungsraten in den Jahren 1987 bis 1989 haben gezeigt, daß eine Grundlohnbindung möglich ist, ohne die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu beeinträchtigen. Die Budgetierung wird durch parallel eingeleitete Strukturmaßnahmen abgelöst werden.

Selbstkostendeckungsprinzip, leistungsorientierte Vergütung

Das Selbstkostendeckungsprinzip gewährleistet den Krankenhäusern die Erstattung der Kosten und läßt damit auch Unwirtschaftlichkeiten zu. Mit seiner Aufhebung zum 1. Januar 1993 wird ein grundlegender Strukturfehler im stationären Sektor beseitigt.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt weiterhin durch öffentliche Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen. Die Vergütung von Krankenhausleistungen soll sich aber künftig in erster Linie an der medizinisch gebotenen Leistung orientieren. Daher wird der tagesgleiche Pflegesatz, der keinerlei Anreiz für wirtschaftliches Verhalten bietet, ab 1995 so schnell und so weitgehend wie möglich durch einheitlich vorgegebene Sonderentgelte, Fallpauschalen und differenzierte Pflegesätze abgelöst. Die Abrechnung über Sonderentgelte und Fallpauschalen wird zum 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich sein. Krankenhäuser, die diese Sonderentgelte und Fallpauschalen bereits zum 1. Januar 1995 einführen, werden von der Budgetierung ausgenommen. Diese Maßnahmen decken sich mit den Vorstellungen der Krankenhausexperten zur Krankenhausfinanzierung.

Investitionen

Um die Länder zu entlasten und den Investitionsstau in den Krankenhäusern abzubauen, sollen ab 1. Januar 1993 zusätzlich private Mittel zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen eingesetzt werden können. Voraussetzung ist, daß sich dadurch keine höheren Pflegesätze als bei vergleichbaren und ausschließlich öffentlich finanzierten Krankenhäusern ergeben. Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, pflegesatzentlastende Rationalisierungsinvestitionen in Krankenhäusern zu finanzieren. Durch Rationalisierungsinvestitionen u. a. in der Energie- und Wasserversorgung, Küche und Wäscherei können bei den Pflegesätzen erhebliche Einsparungen erzielt werden.

In der stationären Versorgung bestehen Überkapazitäten. Um den Abbau oder die Umwidmung von Krankenhausbetten zu erleichtern, darf sich die pauschale Investitionsfinanzierung der Länder ab 1994 nicht mehr ausschließlich an der Zahl der Krankenhausbetten ausrichten.

Kündigung

Zusätzlich soll die Kündigung von Krankenhäusern, die den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht entsprechen, erleichtert werden. Eine solche Kündigung ist nur mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde möglich. Die Genehmigung der Kündigung soll künftig aber nur versagt werden können, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist. Durch die Regelung, daß eine Kündigung dann wirksam wird, wenn das Land nicht innerhalb von sechs Monaten widerspricht, wird zügig Rechtsklarheit geschaffen.

Verzahnung ambulant — stationär

Durch eine bessere Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung können erhebliche Kosten eingespart werden. Das GRG sieht vor, daß mit Vorrang die Verbände der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Kassenärzte entsprechende Verträge abschließen, was bisher nur unzureichend umgesetzt worden ist. Soweit die Selbstverwaltung bzw. die Landesbehörden bis zum 31. Dezember 1994 nicht tätig werden, kann der Bund eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen. Selbstverwaltungslösungen behalten jedoch Vorrang vor Regelungen des Landes und Bundes.

Die bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schließt auch die Großgeräteplanung ein. Hier wird die bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt und mit Wirkung vom 1. Januar 1993 auch für den ambulanten Bereich ein Vergütungsausschluß für Leistungen, die mit nichtabgestimmten Großgeräten erbracht wurden, ausdrücklich und unmittelbar durch das Gesetz geregelt. Damit wird auch einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen. Darüber hinaus wird der Bundesminister für

Gesundheit ermächtigt, den Katalog der abstimmungspflichtigen Großgeräte sowie Anhaltszahlen für die Versorgung mit Großgeräten durch Rechtsverordnung festzulegen.

Liquidationsberechtigte Ärzte

Es ist gerechtfertigt, die liquidationsberechtigten Ärzte in den Krankenhäusern stärker als bisher an den Kosten zu beteiligen, die durch die Nutzung von Einrichtungen und Personal des Krankenhauses bei der Behandlung von Privatpatienten entstehen. Die Kostenerstattungen werden bei den Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt und entlasten die Krankenkassen.

Pflegepersonal

Durch die Einsparungen wird es möglich, die Situation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern zu verbessern. Zum 1. Januar 1993 treten neue und leistungsbezogene Anhaltszahlen für die Pflegemitarbeiter in Kraft. Sie werden bis 1996 zu 13 000 weiteren Stellen in der Krankenpflege führen. Bereits im Vorgriff auf diese Verordnung konnten in den Pflegesatzverhandlungen für 1992 zusätzliche 13 000 Stellen berücksichtigt werden.

Neue Bundesländer

Weiterhin können — analog der Regelung in den alten Bundesländern — ab 1. Januar 1994 Kosten für die Instandhaltung der Krankenhäuser auch in den neuen Bundesländern von den Krankenkassen über die Pflegesätze finanziert werden.

b) Ambulante ärztliche Versorgung*Budgetierung*

Auch im ambulanten ärztlichen Bereich wird eine Sofortbremsung vorgenommen. Die Gesamtvergütungen der Kassenärzte und -zahnärzte werden von 1993 bis 1995 auf der Basis des Jahres 1991 nur noch um die in 1992 und den drei Folgejahren zu verzeichnende Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen angehoben. Die Budgetierung gilt für die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen, auch wenn sie bisher von der Deckelung ausgenommen waren und als Einzelleistung vergütet wurden.

Begrenzung der Zahl der zugelassenen Kassenärzte

Die Zahl der zugelassenen Kassenärzte ist in den alten Bundesländern in den letzten 20 Jahren um mehr als die Hälfte auf 74 063 (1991) angestiegen. Nach seriösen Schätzungen wird sich diese Zahl in den nächsten acht Jahren noch um 22 000 Kassenärzte erhöhen. Mit einer wachsenden Ärztezahle steigt auch die Zahl der

Leistungen und damit der Kostendruck auf die Krankenkassen. Da die niedergelassenen Ärzte eine Vielzahl von anderen Leistungen veranlassen, die das Vierfache der Honorarausgaben betragen, besteht dringender Handlungsbedarf. Deshalb wird die Zahl der Kassenärzte ab 1. Januar 1999 bedarfsgerecht beschränkt. Diese Frist stellt sicher, daß die jetzt in der klinischen Ausbildung befindlichen Studentinnen und Studenten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig wird ab 1. Januar 1999 eine Altersbeschränkung für Kassenärzte eingeführt. Die Kassenzulassung endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres, es sei denn, der Kassenarzt war zu diesem Zeitpunkt weniger als 15 Jahre tätig. Damit wird der späten Niederlassung von Ärzten in den neuen Bundesländern Rechnung getragen. In der Übergangszeit wird ab 1. Januar 1993 die bisherige Bedarfsplanung wirksamer gestaltet.

Im Hinblick auf die dramatische Finanzsituation der GKV, die durch die steigende Zahl der zugelassenen Kassenärzte mitverursacht wird, ist eine Einschränkung der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund fehlender wirksamer Alternativen gerechtfertigt. Die tatsächliche Entwicklung der Kassenarztzahlen ist völlig anders verlaufen, als das Bundesverfassungsgericht es im Jahr 1960 annahm. Hinzu kommt die bedrohliche Finanzlage der GKV.

Weitere Maßnahmen

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung werden durch die Möglichkeit der Beschäftigung angestellter Ärzte bei einem niedergelassenen Kassenarzt sowie durch eine dreijährige Weiterbildung für Allgemeinmediziner ab 1. Januar 1994 eingeführt.

c) Ambulante zahnärztliche Versorgung

Budgetierung, Beschränkung der Zahl der zugelassenen Kassenzahnärzte, Beschäftigung angestellter Zahnärzte

Die Maßnahmen zur Budgetierung (ohne Zahnersatz), Beschränkung der Zahl der zugelassenen Kassenärzte sowie die Regelung zur Beschäftigung angestellter Ärzte gelten auch für den ambulanten kassenzahnärztlichen Bereich. Zusätzlich werden weitere Maßnahmen ergriffen, um Fehlentwicklungen in der zahnärztlichen Versorgung zu beseitigen.

Zahnersatz

Zahnerhaltung und Prävention müssen Vorrang vor Zahnersatzleistungen haben. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung sind Zahnersatzleistungen überbewertet. Daher wird der Punktwert für Zahnersatzleistungen in den alten und den neuen Bundesländern auf der Basis 1991 um 20 % abgesenkt und für die Jahre 1993 bis 1995 festgeschrieben. Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen werden um 10 %

abgesenkt und für den gleichen Zeitraum fixiert. Die finanziellen Auswirkungen einer veränderten Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen durch die Ausgliederung von Wahlleistungen beim Zahnersatz finden Berücksichtigung.

d) Arzneimittel

Budgetierung

Ausgangsbasis für die Festlegung eines Arzneimittelbudgets ist das Ausgabenvolumen für Arzneimittel des Jahres 1991, erhöht um den Anstieg der Zahl der Kassenärzte und bereinigt um die finanziellen Auswirkungen der Festsetzung von Festbeträgen, Veränderungen des Arzneimittelpreisniveaus und der Leistungspflicht der GKV (z. B. durch die Zuzahlung der Versicherten). In den neuen Bundesländern wird die Budgetierung ab 1994 wirksam.

Preismoratorium

Auch die Pharmaindustrie hat einen Solidarbeitrag zu leisten. Im internationalen Vergleich sind die Arzneimittelpreise in Deutschland hoch. Durch die Einführung von Festbeträgen konnte das Preisniveau in diesem Marktsegment abgesenkt werden. Die Pharmaindustrie hat die entstandenen Verluste aber teilweise durch Preiserhöhungen im Nicht-Festbetragsmarkt kompensiert. Aus diesen Gründen werden die Herstellerabgabepreise für Arzneimittel ohne Festbetrag zum 1. Januar 1993 bis einschließlich 31. Dezember 1994 um 5 % abgesenkt. Gleichzeitig sollen die Arzneimittelhersteller vom 1. Mai 1992 an auf Preiserhöhungen bei Nicht-Festbetragsarzneimitteln verzichten.

Richtgrößen

Ein wesentlicher Faktor für die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich liegt in der ungebremsen Mengenentwicklung. Die im GRG vorgesehenen Richtgrößen sind ein wichtiges Instrument, um Mengenentwicklungen auf das medizinisch notwendige Niveau zu reduzieren. Mit den Richtgrößen wird ein dauerhaft wirksamer Steuerungsmechanismus eingeführt.

e) Heil- und Hilfsmittel

Die vorgesehenen Regelungen bei der Budgetierung, Überschreitung der Budgets und Richtgrößen gelten auch für den Heilmittelbereich.

Im Hilfsmittelbereich wird die wettbewerbliche Umsetzung des Festbetragskonzepts und die Förderung wirtschaftlicher Leistungserbringung erleichtert. Außerdem werden die Krankenkassen verpflichtet, durch Preisübersichten mehr Transparenz über preisgünstige Hilfsmittelanbieter für ihre Versicherten zu schaffen.

f) Sonstige Maßnahmen

Die Krankenversichertenkarte soll zum 1. Januar 1995 bundesweit eingeführt werden.

Bis spätestens 1994 werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß Krankenkassenpatienten ebenso wie Privatpatienten eine Übersicht über von ihnen in Anspruch genommene Leistungen und die damit verbundenen Kosten erhalten.

g) Organisationsreform der GKV*Informationsbasis*

Die Finanz- und Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen müssen neu geordnet werden. Die mitgliedschaftsrechtliche Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten ist angesichts der gesellschafts-, arbeits- und sozialpolitischen Bedingungen der Gegenwart problematisch und vor dem Hintergrund der z. T. sehr hohen Beitragssatzunterschiede in der GKV — derzeit zwischen 8 und 16,8 % — verfassungsrechtlich bedenklich. Die Einführung von Kassenwahlrechten für Arbeiter ist ein wesentliches Ziel der Organisationsreform. Die Realisierung gleicher Wahlmöglichkeiten und fairer Wettbewerbsbedingungen macht die Prüfung möglicher Finanzausgleiche zwischen den Kassen erforderlich. Hierzu werden die notwendigen Entscheidungsdaten in den Jahren 1993 und 1994 auf gesetzlicher Grundlage bei den Kassen erhoben. Die Datenerhebung findet bundesweit und in geeigneten Modellregionen statt. Sie umfaßt die Faktoren Grundlöhne, Familienversicherte, Alters- und Geschlechtsstrukturen der Versicherten.

Vereinigung von Krankenkassen

Bevor über weitere Finanzausgleiche zwischen den Kassenarten entschieden wird, müssen zunächst die bestehenden Möglichkeiten zu kassenarteninterner solidarischer Selbsthilfe in Form der landes- und bundesweiten internen Finanzausgleiche und der Vereinigung von Krankenkassen zu größeren Risikogemeinschaften ausgeschöpft werden. Die Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, daß die Möglichkeit der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen nicht ausreichend genutzt wurde. Daher werden die Möglichkeiten der Landesregierungen verbessert, durch Rechtsverordnung Orts- und Innungskrankenkassen zu größeren Einheiten zusammenzuschließen, wenn dadurch mehr Wirtschaftlichkeit erreicht oder die Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Kassen gestärkt werden kann.

Wahlmöglichkeiten für Arbeiter bei Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen

Ein erster Schritt zu mehr Wahlfreiheit für Arbeiter wird bereits jetzt vollzogen. In Zukunft wird es Arbeitnehmern eines Betriebes, für den eine Betriebs- oder

Innungskrankenkasse errichtet wird, freigestellt, ob sie in der bisherigen Krankenkasse bleiben möchten. Zugleich wird die Abstimmung der Belegschaft über die Errichtung einer Betriebskrankenkasse auf eine breitere demokratische Grundlage gestellt. Künftig muß sich die Mehrheit aller im Betrieb Beschäftigten und nicht nur die Mehrheit der abstimmenden Arbeitnehmer für die Errichtung einer Betriebskrankenkasse entscheiden.

III. Ausblick

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz werden die Fundamente für eine leistungsfähige, wirtschaftliche Gesundheitsversorgung gelegt. Sofortbremsung und Strukturänderungen sind so angelegt, daß die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen mittelfristig gesichert ist. Die Grundpfeiler unseres freiheitlichen Gesundheitssystems, Solidarität und Subsidiarität, bleiben auch in Zukunft erhalten.

Langfristig allerdings müssen diese Baugesetze unseres Sozialstaates neu definiert werden. Es muß unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung geklärt werden, was die Solidargemeinschaft und was der einzelne in Zukunft leisten kann und leisten muß. Solche Entscheidungen bedürfen aufgrund der Komplexität einer wissenschaftlichen Unterstützung. Daher wird der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag erhalten, zu den künftigen Herausforderungen und ihren Lösungsmöglichkeiten in einem Sondergutachten Stellung zu nehmen.

B. Besonderer Teil**Zu Artikel 1** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1** (§ 12)

Es kommt immer wieder vor, daß Krankenkassen insbesondere wegen des Wettbewerbs mit anderen Krankenkassen und aus Kulanz Leistungen zusprechen, für die es keine Rechtsgrundlage gibt und die sogar die behandelnden Ärzte als nicht notwendig, im Vergleich zu gleichwirksamen Alternativen zu teuer oder aus sonstigen Gründen als unwirtschaftlich eingeschätzt haben. Eine derartige „Großzügigkeit“ der Krankenkassen ist nicht nur pflichtwidrig; sie desavouiert und konterkariert die Anstrengungen von Leistungserbringern, dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu genügen. Dem wirkt die Vorschrift entgegen. Sie stellt die Verantwortung des Geschäftsführers heraus, für dem geltenden Recht entsprechende Leistungsentscheidungen der Krankenkassen zu sorgen. Zugleich nimmt sie den Vorstand und die Aufsichtsbehörde in die Pflicht, die haftungsrechtlichen Konsequenzen aus rechtswidrigen Leistungsentscheidungen zu ziehen. Das für die Geschäftsführer geltende Haftungsrecht wird so wirksamer zur Geltung kommen.

Zu Nummer 2 (§ 13)

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 7. August 1991 (1 RR 7/88), das einer Betriebskrankenkasse die Kostenerstattung für freiwillige Mitglieder verbietet, besteht insbesondere für die Zuweisungskassen (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Seekrankenkasse) Rechtsunsicherheit in der Frage der Kostenerstattung für freiwillige Mitglieder. Die Neuregelung schafft Rechtssicherheit sowie Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb um freiwillige Mitglieder. Die Kostenerstattung gilt jetzt auch bei Leistungen, die bisher nur nach dem Sachleistungsprinzip gewährt werden konnten. Die Erprobungsregelung des § 64 SGB V bleibt von der Neuregelung des § 13 unberührt, da die Erprobungsregelung weitergehende Fallkonstellationen eröffnet.

Zu Nummer 3 (§ 15)

Die Vorschrift regelt die Beteiligung der Versicherten an den mit der Ausgabe der Krankenversichertenkarte verbundenen Kosten.

Zu Nummer 4 (§ 23 Abs. 5)

Zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung ist es notwendig, daß auch die Ausgaben für stationäre Vorsorgekuren nicht stärker steigen als die Beitragseinnahmen.

Allerdings haben die Krankenkassen diese Leistungen im Vergleich zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen teilweise unterschiedlich gestaltet. Deswegen werden die Ausgaben für beide Leistungsarten zusammengerechnet. Die Krankenkasse kann dann entscheiden, ob sie einer der beiden Leistungsarten Vorrang einräumen will.

Zur Vermeidung eines überproportionalen Ausgabenanstiegs im Jahr 1992 wird für das Kalenderjahr 1993 von den um den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhten Ausgaben des Jahres 1991 ausgegangen, die somit auch die Basis für die Folgejahre bilden und sich nur entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen dürfen. Die Begrenzung der Ausgaben ist auf alle Krankenkassen anzuwenden. Wegen der differenzierten Ausgabenentwicklung bei stationären Kuren in den neuen Ländern gilt für die Krankenkassen im Beitrittsgebiet eine Übergangsregelung in § 310 Abs. 4.

Zu Nummer 5 (§ 24)

Vorsorgekuren für Mütter werden nicht in die nach § 23 Abs. 5 Satz 3 und 4 vorzunehmende Ausgabenbegrenzung für stationäre Vorsorgemaßnahmen einbezogen, da wegen der besonderen Ausgestaltung dieser Leistung mit einer übermäßigen und medizinisch nicht erklärbaren Ausweitung der Inanspruchnahme nicht gerechnet werden muß.

Zu Nummer 6 (§ 32)*Zu Buchstabe a*

Mit der Neuregelung sollen Unklarheiten beseitigt werden, die sich bei der Anwendung der bisherigen Gesetzesfassung ergeben und zu sozialgerichtlichen Verfahren geführt haben. Die Beschränkung der Regelung auf Massagen, Bäder und Krankengymnastik vermeidet unnötigen Verwaltungsaufwand.

Zu Buchstabe b

Für die Abgabe von Heilmitteln im Rahmen der ärztlichen Behandlung gelten die Vertragspreise nach § 125 nicht unmittelbar. Es ist aber sachgerecht, diese Preise auch der Berechnung der Zuzahlung zugrunde zu legen, wenn sie als Teil der ärztlichen Behandlung erbracht werden, weil dies mit der Versorgung durch andere Leistungserbringer vergleichbar ist und Vorteile, die durch unterschiedlich hohe Zuzahlungen entstehen könnten, weitgehend vermieden werden. Die Mitteilungspflichten für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben zur Folge, daß die Ärzte jeweils die aktuellen Preise anwenden können. Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Vertragspartner in den Gesamtverträgen (§ 83) nähere Einzelheiten regeln, weil die Abgabe von Heilmitteln als Bestandteil der ärztlichen Behandlung zur kassenärztlichen Versorgung gehört.

Zu Nummer 7 (§ 39)*Zu Buchstabe a**Zu Doppelbuchstabe aa*

Die Regelung verdeutlicht die Prüfungspflicht des Krankenhauses im Hinblick auf den Vorrang der ambulanten Behandlung. Einzelheiten der Prüfung sollen in den zweiseitigen Verträgen nach § 112 Abs. 2 geregelt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt den Vorrang der teilstationären Behandlung vor der vollstationären Behandlung klar. Das Krankenhaus muß einen Katalog nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (siehe zu Nummer 29) über Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, berücksichtigen.

Zu Nummer 8 (§ 40)

Weil die Leistungsausgaben für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit denen für stationäre Vorsorgekuren zusammengerechnet werden, müssen die Regelungen für stationäre Vorsorgekuren auch hier gelten.

Zu Nummer 9 (§ 41)

Müttergenesungskuren werden nicht in die nach § 40 Abs. 3 Satz 3 vorzunehmende Ausgabenbegrenzung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen, da wegen der besonderen Ausgestaltung dieser Leistung mit einer übermäßigen und medizinisch nicht erklärbaren Ausweitung der Inanspruchnahme nicht gerechnet werden muß.

Zu Nummer 10 (§ 43 b)

Die Vorschrift klärt mögliche Zweifelsfälle bei Geldleistungen der Versicherten. Es wird davon ausgegangen, daß die Verbände der Beteiligten zweckmäßige Verfahrensregelungen vereinbaren.

Zu Nummer 11 (§ 71)

Die vorgeschriebene Überprüfung der Vereinbarungen über die Vergütungen durch die zuständige Aufsichtsbehörde dient dazu, die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Vergütungsverträgen abzusichern. Verletzen die vorgelegten Verträge geltendes Recht, sind sie von der Aufsichtsbehörde zu beanstanden.

Zu Nummer 12 (§ 75 Abs. 8)

Durch die Vorschrift soll es den eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin anstrebenden Ärzten erleichtert werden, einen Platz in einer Kassenpraxis zu finden.

Zu Nummer 13 (§ 84)

Mit den von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte zu vereinbarenden Arznei- und Heilmittelbudgets wird ein weiteres Element einer globalen Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Zugleich wird für die Ärzteschaft, die durch ihre Verordnungen die Entwicklung der Arznei- und Heilmittelausgaben wesentlich bestimmt, ein Anreiz zu einer wirtschaftlichen, an der medizinischen Notwendigkeit ausgerichteten Ordnungsweise geschaffen. Die Selbststeuerungskräfte im System der gesetzlichen Krankenversicherung werden damit nachhaltig gestärkt; die Voraussetzungen für eine langfristige Gewährleistung von Beitragssatzstabilität werden wesentlich verbessert. Flankierend zu der globalen Ausgabenbegrenzung durch das Budget werden die Vorgaben für die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel konkretisiert. Die Funktion der Richtgrößen als differenzierte Auffälligkeitskriterien für die Durchführung von gezielten Beratungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird verdeutlicht. Die Richtgrößen erhalten als flankierende Steuerungsinstrumente zum Konzept der Budgetsteuerung eine zusätzliche — präventive — Bedeutung: Sie können wesentlich dazu beitragen, eine Überschreitung des vereinbarten Budgets und

die Anwendung der für diesen Fall vorgesehenen Ausgleichsregelungen zu vermeiden.

Zu Absatz 1

Vertragspartei für die Vereinbarung des Budgets sind auf Seiten der Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam. Dadurch wird gewährleistet, daß nicht mehrere nebeneinander bestehende Budgetvorgaben für die Ärzte entstehen. Vertragspartei auf Seiten der Ärzte ist die Kassenärztliche Vereinigung; das Budget wird als eine Obergrenze für die von den Ärzten veranlaßten Gesamtausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel vereinbart.

In Satz 3 werden die für die Anpassung des Budgets zugrunde zu legenden Kriterien abschließend definiert:

zu Nummer 1:

Durch die Berücksichtigung von Veränderungen der Zahl und der Altersstruktur der Versicherten wird einem durch demographische Faktoren veränderten Behandlungsbedarf Rechnung getragen.

zu Nummer 2:

Veränderungen der Preise der Arznei-, Verband- und Heilmittel entstehen außerhalb des Einflussesbereichs der verordneten Ärzte und müssen deshalb bei der Festsetzung des Budgets gesondert berücksichtigt werden.

zu Nummer 3:

Die Höhe der Arzneimittelausgaben kann in erheblichem Umfang durch Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen beeinflusst werden, z. B. durch veränderte Regelungen für die Zuzahlung der Versicherten, durch die fortschreitende Festsetzung von Festbeträgen u. a. Das Budget muß hinsichtlich der damit verbundenen Ausgabeneffekte bereinigt werden.

zu Nummer 4:

Bei der Anpassung des Budgets ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12) dadurch Rechnung zu tragen, daß das jeweilige Niveau der Arznei- und Heilmittelausgaben daraufhin überprüft wird, ob noch nicht ausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen.

Sätze 4 und 5 regeln den Fall der Überschreitung des vereinbarten Budgets. Maßgeblich für die Bestimmung der Höhe der Arzneimittelausgaben sind die Rechnungsergebnisse der beteiligten Krankenkassen. Der Betrag, um den das Budget überschritten wird, ist anteilig mit den von den beteiligten Krankenkassen zu entrichtenden Gesamtvergütungen zu verrechnen. Bei der Aufteilung des Differenzbetrages auf die beteiligten Krankenkassen ist die Zahl der einzelnen Krankenkasse zuzurechnenden Behandlungsfälle in der Allgemeinen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner zugrunde zu legen.

Satz 6 stellt klar, daß bei der Feststellung, ob das Budget überschritten wurde, auch solche Ausgaben

einzubeziehen sind, die im Wege der Kostenerstattung entstanden sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Verfahren der Erfassung und Übermittlung der Daten über die im jeweiligen Geltungsbereich der Budgets veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt klar, daß die Richtgrößen von denselben Vertragsparteien zu vereinbaren sind wie das Budget nach Absatz 1, d. h. von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und der Kassenärztlichen Vereinigung. Damit wird ausgeschlossen, daß den Ärzten mehrere nebeneinander bestehende Richtgrößen der verschiedenen Kassenarten vorgegeben werden.

In den Sätzen 2 und 3 wird deutlich gemacht, daß die Richtgrößen insbesondere als Auffälligkeitskriterien hinsichtlich eines das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigenden Verordnungsvolumens ausgestaltet werden sollen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden die Bedingungen festgelegt, unter denen die Budgetregelung durch eine hinsichtlich ihres Steuerungseffekts vergleichbare Vereinbarung der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen über Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen ausgesetzt werden kann.

Zu Absatz 5

Es wird klargestellt, daß das jeweils geltende Budget bzw. die geltenden Richtgrößen bis zum Inkrafttreten entsprechender Regelungen für das Folgejahr weiter gelten.

Zu Absatz 6

Durch die Regelung wird der Bundesminister für Gesundheit ermächtigt, geltende Budgetvereinbarungen zu korrigieren, um einer durch außergewöhnliche Ereignisse bedingten Steigerung des Bedarfs an Arznei-, Verband- und Heilmitteln Rechnung zu tragen.

Zu Nummer 14 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß Vergütungsvereinbarungen, die für bestimmte Gruppen von Versicherten, z. B. für Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner,

unterschiedliche Vergütungen der Ärzte vorsehen, unzulässig sind.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2 a

Durch die Vorschrift wird gesetzlich die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ausgeschlossen. Die Vorschrift ist erforderlich, um eine wirtschaftliche Erbringung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Die vom Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 14. Mai 1992 betonte Verpflichtung des Gesetzgebers, Möglichkeiten einer Mitbenutzung eines anderen medizinisch-technischen Großgerätes vorzusehen, wird in § 122 SGB V verwirklicht. Außerdem wird bestimmt, daß Leistungen, die mit vor dem 1. Januar 1993 erworbenen und in Betrieb genommenen nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ab 1. Januar 1993 nur dann vergütet werden, wenn hierfür nachträglich eine Zulassung nach § 122 erteilt worden ist. Ob eine solche nachträgliche Zulassung erteilt werden kann, hat der Großgeräteausschuß bzw. die zuständige Landesbehörde auf Antrag zu entscheiden.

Zu Absatz 2 b

Die Absenkung der Punktwerte für Regelleistungen beim Zahnersatz stellt einen notwendigen Beitrag der Zahnärzte zur Erhaltung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Mit dieser Regelung wird gleichzeitig eine gleichgewichtigere Bewertungsrelation zwischen zahnerhaltenden und prothetischen Leistungen im kassenzahnärztlichen Bewertungsmaßstab hergestellt. Zwar hat die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen 1986 eine Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes vorgenommen. Diese Umstrukturierung hat jedoch nur einen Teil der Ungleichgewichte beseitigt. Auch nach der Umstrukturierung sind — gemessen an einer gleichgewichtigen Bewertung — prothetische Leistungen um 24,5 % zu hoch bewertet (vgl. Institut für Funktionsanalyse, Hamburg: Sonderuntersuchung zu den Bewertungsrelationen der zahnärztlichen Gebührenordnung nach der BEMA-Umstrukturierung 1986, vom 13. September 1989).

Die Absenkung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz bewirkt indirekt eine Aufwertung zahnerhaltender Leistungen. Deshalb stärkt diese Maßnahme auch die gesundheitspolitisch nötige Umorientierung zu verstärkter Zahnerhaltung. Die bisherige Honorarbenachteiligung jener Zahnärzte, die vorrangig zahnerhaltend tätig sind, wird verringert.

Anstelle der linearen Absenkung der Punktwerte kann der Bewertungsausschuß auch differenzierte Veränderungen der Bewertungszahlen vornehmen. Er kann auch Leistungen im Bewertungsmaßstab streichen, die keinen originären zahnärztlichen Zeit-

aufwand verursachen (z. B. Metallbasis bei totalen und partiellen Prothesen). Im Ergebnis muß eine Absenkung um 20 % des Ausgabenvolumens im Jahr 1991 für die Regelleistungen erzielt werden.

Die Regelung stellt außerdem sicher, daß die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet an das im übrigen Bundesgebiet durch die Absenkung der Punktwerte nicht behindert wird.

Zu Buchstabe c

Durch die Ergänzungen in Absatz 3 wird klargestellt, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 i. V. m. § 141 Abs. 2) auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen zu beziehen ist.

Zu Buchstabe d

Für die Jahre 1993 bis 1995 darf die Zuwachsrate der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; d. h. die nach den geltenden gesetzlichen Regelungen unter bestimmten Bedingungen, z. B. bei überproportional stark steigenden Praxiskosten oder bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 141 Abs. 2 Satz 3, mögliche Vereinbarung von Vergütungszuwächsen, die den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder übersteigen, wird ausgeschlossen. Damit wird gewährleistet, daß von der Entwicklung der Ausgaben für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung (ohne Zahnersatz) keine beitragsatzsteigernden Effekte ausgehen.

Zu Nummer 15 (§ 88)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift verlagert die Vertragskompetenz zur Veränderung der Preise zahntechnischer Leistungen von der Landes- auf die Bundesebene. Dies ist nötig, da die Grunddefinitionen und Festzuschüsse für Leistungen bei Zahnersatz ebenfalls von der Bundesebene festgelegt werden. Die Beibehaltung landesweiter Preisvereinbarungen würde zu einer unübersehbaren Fülle unterschiedlicher Festzuschüsse führen und damit verwaltungsmäßig nicht praktikabel sein. Außerdem würde die mit Festzuschüssen beabsichtigte Wettbewerbsförderung behindert. Die Bestimmung, daß die Preise Höchstpreise darstellen, bleibt erhalten.

Zu Buchstabe b

Die Regelung verringert die Vergütungen für zahntechnische Leistungen bei Regelleistungen mit Zahnersatz im Durchschnitt aller landesweiten Preisvereinbarungen, getrennt nach dem Beitrittsgebiet und dem

übrigen Bundesgebiet, um 10 % ab 1. Januar 1993 und schreibt die Preise für die Jahre 1994 und 1995 fest. Anpassungen ab 1. Januar 1996 haben auf der abgesenkten Basis zu erfolgen. Die Regelung gilt auch für zahnärztliche Praxislabore.

Da die zahntechnischen Leistungen ungleichgewichtig bewertet sind — festsitzender Zahnersatz ist z. B. deutlich besser als herausnehmbarer Zahnersatz bewertet —, können in den einzelnen Preispositionen unterschiedliche Absenkungen vorgenommen werden. Dabei muß allerdings gewährleistet werden, daß die Absenkung im Durchschnitt der mit den Mengen gewichteten Preise insgesamt 10 % beträgt.

Die Regelung stellt außerdem sicher, daß die Angleichung des Vergütungsniveaus im Beitrittsgebiet an das im übrigen Bundesgebiet durch die Absenkung der Punktwerte nicht behindert wird.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift trägt der Kompetenzverlagerung von der Landes- auf die Bundesebene Rechnung und ist eine notwendige Folgeänderung zu § 30 Abs. 4 und 6. Durch die Einführung von bundesweit geltenden Festzuschüssen (§ 30 Abs. 6) und die damit beabsichtigte Wettbewerbsintensivierung bei den Preisen prothetischer Leistungen wird die Bestimmung, nach der zahntechnische Leistungen aus zahnärztlichen Praxislaboren niedrigere Preise als gewerbliche Labore haben müssen, entbehrlich.

Zu Buchstabe d

Festzuschüsse für prothetische Leistungen sollen marktwirtschaftliche Elemente im Gesundheitswesen stärken. Dazu gehört Preistransparenz. Die Vorschrift verpflichtet deshalb grundsätzlich die Krankenkassen, sowohl Zahnärzten als auch Versicherten Informationen über preisgünstige Labore zu geben. Nur die Krankenkassen haben einen vollständigen Überblick über die Marktpreise.

Zu Nummer 16 (§ 89)

Zu Buchstabe a

Das Schiedsamtverfahren wird in der Regel auf Antrag einer Vertragspartei eingeleitet. Wird dieser Antrag nach erfolglosen Vertragsverhandlungen nicht gestellt, erhält die zuständige Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, mit Wirkung für die anrufungssäumigen Vertragsparteien das schiedsamtliche Verfahren in Gang zu setzen. Dies ist notwendig, da die Vertragspartner in einigen Bereichen überfällige Vereinbarungen nicht abgeschlossen haben. In einigen Fällen ließ man sogar eine gesetzliche Frist verstreichen. Die zuständige Aufsichtsbehörde soll daher befugt sein, das Schiedsamt von sich aus einzuschalten, um den Erwartungen des Gesetzgebers zu genügen.

Zu Buchstaben b und c

Auch die Entscheidungen der Schiedsämter zu Vergütungsregelungen in der kassenärztlichen Versorgung sollen der Rechtsaufsicht unterliegen und nicht wirksam werden, wenn sie gegen geltendes Recht verstoßen.

Zu Buchstabe d

Die Vorschrift stellt eine notwendige Folgeänderung zu § 88 Abs. 2 dar.

Zu Nummer 17 (§ 92)

Die Vorschrift trägt der Neuregelung in § 122 SGB V Rechnung. Angesichts der dort getroffenen abschließenden Regelung ist für bisher vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu erlassende Richtlinien kein Raum mehr. Ebenso entfällt aufgrund des in § 85 SGB V vorgenommenen gesetzlichen Vergütungsausschlusses ein Regelungsbedürfnis für einen Vergütungsausschuß in Richtlinien.

Zu Nummer 18 (§ 93)

Die Ergänzung des § 93 enthält eine Klarstellung, daß auch der für den Erlaß der Verordnung zuständige Bundesminister die Übersicht über die durch die Rechtsverordnung von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen und bekanntmachen kann. Diese Befugnis besteht bereits zur Zeit aufgrund des untrennbaren Sachzusammenhangs mit dem Erlaß der Verordnung und in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die eine Zuständigkeit des Bundesministers begründen, wenn die Selbstverwaltung ihren Pflichten und Obliegenheiten nicht nachkommt.

Zu Nummer 19 (§ 95)**Zu Buchstabe a**

Für Kassenärzte wird die Eintragung in das Arztregister und damit die Kassenzulassung von der Ableistung einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet abhängig gemacht.

Zu Buchstabe b

Die Entwicklung der Kassenarztzahl stellt eine wesentliche Ursache für überhöhte Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Angesichts einer ständig steigenden Zahl von Kassenärzten besteht die Notwendigkeit, die Anzahl der Kassenärzte zu begrenzen. Die Überversorgung kann nicht nur durch Zulassungsbeschränkungen und damit zu Lasten der jungen Ärztegeneration einge-

dämmt werden. Hierzu ist auch die Einführung einer obligatorischen Altersgrenze für Kassenärzte erforderlich.

Die inzwischen gesellschaftlich anerkannte Altersgrenze ist die Vollendung des 65. Lebensjahres. Mit Erreichen dieser Altersgrenze enden regelmäßig — ohne Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit der Betroffenen und ihre persönlichen Wünsche — die Beschäftigungsverhältnisse in der privaten Wirtschaft sowie die der Beamten, Richter und Hochschullehrer.

Der Einführung der allgemeinen Altersgrenze steht nicht entgegen, daß es sich bei der Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit um einen „freien Beruf“ handelt, denn hieraus leitet sich kein erhöhter Anspruch auf Freiheit von gesetzgeberischen Eingriffen ab. Die Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers geht bei der Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit noch weiter als bei anderen freien Berufen, da die Kassenärzte in ein öffentlich-rechtliches (§§ 95 ff. SGB V) Verhältnis einbezogen sind und erst durch die Zulassung zur Ausübung der Kassenarztpraxis berechtigt werden.

Die Einführung einer Altersgrenze stellt keinen unzumutbaren Eingriff in die Rechtsposition der betroffenen Ärzte dar, da Ärzte und Zahnärzte in der Regel spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres über eine ausreichende Altersversorgung, vor allem durch die berufsständischen Versorgungswerke verfügen. Die Satzungen der Versorgungswerke sehen grundsätzlich die Zahlung von Altersruhegeld an Kassenärzte spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres vor. Soweit ein Kassenarzt nicht lange genug tätig sein konnte, um eine ausreichende Altersversorgung aufzubauen, kann er dies durch die vorgesehene Ausnahmeregelung bis zum Ablauf einer 15-Jahresgrenze nachholen.

Zu Buchstabe c

Übertragung der Neuregelung in § 95 Abs. 9 auf die Vertragsärzte.

Zu Buchstabe d

Seit langem wird kritisiert, daß die Voraussetzungen, unter denen ein niedergelassener Arzt Assistenten in seiner Praxis beschäftigen kann, im bisherigen Recht zu eng gefaßt sind. Es wird deshalb die Beschäftigung eines halbtagsbeschäftigten Arztes beim Kassenarzt zugelassen. Die Neuregelung ist auch im Zusammenhang mit Zulassungsbegrenzungen zu sehen. Hierdurch werden weitere Beschäftigungsmöglichkeiten für medizinische Hochschulabsolventen geschaffen, die keine Kassenzulassung erhalten. Es ist zu erwarten, daß angestellte Ärzte vom niedergelassenen Arzt angemessen vergütet werden.

Zu Nummer 20 (§ 95 a)

Durch die Neuregelung soll die allgemeinmedizinische Qualifikation dadurch verbessert werden, daß eine dreijährige strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als obligatorische Voraussetzung für die Kassenzulassung vorgesehen wird. Damit wird auch gleichzeitig die sich aus der EG-Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin ergebende Verpflichtung erfüllt, ab 1. Januar 1995 den Zugang von Ärzten (Fachärzte ausgenommen) zur gesetzlichen Krankenversicherung von einer spezifischen allgemeinmedizinischen Qualifikation abhängig zu machen. Der Bundesgesetzgeber schreibt dabei eine mindestens dreijährige Dauer für die allgemeinmedizinische Weiterbildung vor, überläßt aber die inhaltliche Ausgestaltung der Qualifikation den landesrechtlichen Bestimmungen nach dem Weiterbildungsrecht. Auf diese Weise bleibt die Autonomie der Ärztekammern zur Ausgestaltung der Weiterbildungsanforderungen in der Allgemeinmedizin erhalten.

Die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung zum Kassenarzt ist unverzichtbar. Die Forderung nach einer dreijährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung ist deshalb in den letzten Jahren verstärkt und ohne Gegenstimmen erhoben worden (vgl. Beschluß des Deutschen Ärztetages 1990 zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin; Endbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, S. 74, Nummer 191; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion Jahresgutachten 1992, S. 75, mit weiteren Nachweisen).

Die Neuregelung ist erforderlich, um sicherzustellen, daß auch in der Allgemeinmedizin ebenso wie in allen übrigen 28 ärztlichen Fachgebieten nur weitergebildete Ärzte die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung betreuen. Die Stellung des hausärztlich tätigen Allgemeinmediziners im ärztlichen Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung macht dies unausweichlich. Der Allgemeinmediziner besitzt nach geltendem Recht eine einzigartige Steuerungsfunktion. Diese Steuerungsfunktion ist für die wirtschaftliche Leistungserbringung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zwingend vorgeschrieben ist, von ausschlaggebender Bedeutung. Neben der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen obliegt dem Allgemeinmediziner als dem im Regelfall zunächst vom Patienten aufgesuchten Arzt insbesondere die Beurteilung, ob die Einschaltung eines Arztes eines anderen Gebietes oder die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich ist. Gleiches gilt für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Einschaltung von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese Steuerungsfunktion hebt den Allgemeinmediziner gegenüber den anderen an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Arztgruppen heraus. Diese Tatsache hat der Gesetzgeber im Gesundheits-Reformgesetz aus dem Jahre 1989 durch die in diesem Gesetz vorgeschriebene Gliederung in die haus- und fachärztliche Versorgung ausgebaut. Auch der vorliegende Gesetzentwurf ent-

hält in § 102 eine weitere Aufwertung der hausärztlichen Versorgung.

Neben den allgemeinmedizinischen Erfordernissen sind wesentliche Bereiche aus dem Gebiet der Inneren Medizin sowie der Allgemein- und Unfallchirurgie für den Allgemeinmediziner zu erlernen. Schließlich ist neben den genannten Kenntnissen nach der Musterweiterbildungsordnung auch der Erwerb von Fachkunde in Laboruntersuchungen in der Allgemeinmedizin, in Mutterschaftsvorsorge und in Früherkennung von Krankheiten bis zum Ende des ersten Lebensjahres erforderlich.

Es ist unstreitig, daß die genannten qualitativen Anforderungen, die an den Allgemeinmediziner im Rahmen der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen sind, keinesfalls in einem Zeitraum unterhalb von drei Jahren erlernt werden können.

Es ist erforderlich, die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zur Zulassungsvoraussetzung zu machen. Nur hierdurch kann den besonderen Erfordernissen, die an eine wirtschaftliche Leistungserbringung speziell in der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt werden müssen, Rechnung getragen werden. Die wirtschaftliche Leistungserbringung setzt eine funktionierende hausärztliche Versorgung zwingend voraus (vgl. Endbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, S. 62). Nur der Allgemeinmediziner kann durch seine Überwachungs- und Verteilungsfunktion den Versicherten vor unnötigen Behandlungen durch Dritte bewahren. Ebenso kann nur der Allgemeinmediziner das medizinisch Notwendige veranlassen und die erhobenen Befunde in sinnvoller und wirtschaftlicher Weise zusammenführen. Auf die Funktion, die nur von durch Weiterbildung qualifizierten Allgemeinmedizinern übernommen werden kann, kann die gesetzliche Krankenversicherung ohne unvermeidbare Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitseinbußen nicht verzichten.

Auf die dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden entsprechende Zeiten als Arzt im Praktikum angerechnet. Dies ergibt sich aus § 3 Abs. 5 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte. Mit der Einführung der dreijährigen Weiterbildung wird die bisherige Regelung über die Vorbereitungszeit gestrichen. In den Absätzen 3 bis 5 trägt die Neuregelung den Anforderungen des EG-Rechts Rechnung.

Zu Nummer 21 (§ 98 Abs. 2 Nr. 13)

Folgeänderung der Neuregelung in § 95 Abs. 9.

Zu Nummern 22 und 24 (§§ 101, 103)

Die Vorschriften aktualisieren die Bedarfsplanung des geltenden Rechts. Die bisherigen Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad, die sich auf das Jahr 1980 beziehen, werden durch Verhältniszahlen zum Stand 31. Dezember 1990 ersetzt.

Diese Vorschriften verschärfen zwar das bisherige Instrumentarium punktuell, behalten es aber im wesentlichen bei. Hinsichtlich des unlösbaren Zusammenhangs zwischen Arztzahl und Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Begründung zu § 102 verwiesen.

Der Bundesausschuß bestimmt weiterhin die einheitlichen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad. Die Eingriffsnormen, die eine Sperrung einzelner übertensorgter Bezirke durch die Selbstverwaltung vorsehen, bleiben im Kern unverändert.

Das Bedarfsplanungsinstrumentarium wird in folgenden Punkten geändert:

- Das Vorliegen der Überversorgung ist vom Landesausschuß von Amts wegen festzustellen und nicht wie bisher auf Antrag.
- Der Landesausschuß hat im Falle einer Überversorgung Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, ohne daß ihm wie bisher ein Ermessensspielraum zusteht.
- Ein Freihalten von 50 % der Planungsbereiche entfällt, da sich ausschließlich umverteilende Maßnahmen gegen die zunehmende Überversorgung nicht als wirksam erwiesen haben.

Die durch § 95 Abs. 9 ermöglichte Anstellung von Ärzten erfordert eine Berücksichtigung der angestellten Ärzte bei der Bedarfsplanung.

Zu Nummer 23 (§ 102)

Ab dem 1. Januar 1999 wird das Überversorgungsinstrumentarium durch die Bedarfszulassung abgelöst. Hierdurch soll einer weiter steigenden Überversorgung mit Ärzten wirksam entgegengewirkt und gleichzeitig das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten gesetzlich festgelegt werden. Die Festlegung der ab 1. Januar 1999 geltenden Verhältniszahlen erfolgt durch ein gesondertes Gesetz. Dabei werden die zwischenzeitlich eingetretene Entwicklung der Arztzahlen und die dann vorliegenden Erfahrungen mit der Bedarfsplanung nach § 101 Berücksichtigung finden können. Die Regelung stellt darüber hinaus sicher, daß sich die Betroffenen bei ihren Planungen rechtzeitig auf die Neuregelung zum 1. Januar 1999 einstellen können.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30ff.) steht der Einführung der Bedarfszulassung nicht entgegen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts entfaltet zwar grundsätzlich eine Bindungswirkung auch für die Zukunft. Die Bindungswirkung wird jedoch beschränkt, wenn ein grundlegender Wandel der tatsächlichen Verhältnisse, auf denen die Entscheidung beruht, eine Rechtsanpassung erfordert. Dies ist hier der Fall.

Eine wesentliche Änderung der im Zeitpunkt der Entscheidung bestehenden tatsächlichen Verhältnisse liegt vor allem in der unvorhergesehenen starken Zunahme der Zahl der Kassenärzte. Das Bundesverfassungsgericht ging bei seiner Entscheidung von der

damaligen Zahl von ca. 41 700 freiberuflich tätigen Ärzten aus, von denen ca. 37 000 zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen waren. Das Gericht vertrat die Auffassung, daß sich bei Freigabe der Kassenzulassung der Zugang um kaum mehr als 12 % erhöhen würde. Dem jährlichen Zugang an Ärzten stehe der Bevölkerungszuwachs und damit die Zunahme der Kassenmitglieder und freien Patienten sowie das Ausscheiden zugelassener Ärzte gegenüber.

Die tatsächliche Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung verlief seit 1960 anders, als das Bundesverfassungsgericht dies vorausgesehen hatte. Die Zahl der neu hinzutretenden Ärzte hat sich in den vergangenen 31 Jahren fast verdreifacht und ist damit erheblich höher gestiegen, als das Gericht angenommen hatte. Während die Zahl der Kassenärzte zum Zeitpunkt des Urteils des Bundesverfassungsgerichts 37 000 betrug, lag sie im Jahr 1971 bei 47 000, im Jahr 1984 bei 62 200, im Jahr 1991 ist die Zahl der Kassenärzte in den alten Bundesländern bereits auf 74 063 angewachsen.

Im Durchschnitt versorgt ein berufstätiger Arzt am 31. Dezember 1991 315 Einwohner, eine Versorgungslage, die der Bundesrepublik Deutschland international eine Spitzenstellung einräumt.

Die Zahl der Kassenmitglieder ist demgegenüber nicht so gewachsen, wie das Bundesverfassungsgericht erwartet hatte. Die Entwicklung der Zahl der Kassenärzte ist damit zudem disproportional zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verlaufen. Nicht vorhergesehen wurde auch die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die trotz des Gesundheits-Reformgesetzes zu unverhältnismäßigen Mehraufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat.

Die Bedarfszulassung ist unverzichtbar, um die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt eine schwere Gefahr für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar. Ein weiter steigendes Defizit der Krankenkassen würde durch unverhältnismäßige Beitragserhöhungen die für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zumutbare Belastbarkeitsgrenze überschreiten und die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gefährden.

Die vorgesehene Zulassungssteuerung ist im Hinblick auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung unausweichlich. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind von 1960 bis 1991 von 8,9 Mrd. DM auf 150,9 Mrd. DM gestiegen. Dies entspricht einer Steigerung auf etwa das Siebzehnfache. Das Bruttosozialprodukt hat sich im Vergleich hierzu im gleichen Zeitraum von 303 Mrd. DM auf 2 650 Mrd. DM — also auf etwa das Achteinfache erhöht. Der Anteil der aus Mitteln der Solidargemeinschaften der Krankenkassen finanzierten Leistungsausgaben am Bruttosozialprodukt ist damit von rd. 3 % auf knapp 6 % angestiegen. Die langfristige Folge war ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von 8,4 % (1960) auf 10,5 % (1969). Durch die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter und die damit verbundene Entlastung der

gesetzlichen Krankenversicherung konnte der Beitragssatz im Jahr 1970 auf 8,2% gesenkt werden. Seitdem ist der durchschnittliche Beitragssatz auf 12,6% (1. Juli 1992) gestiegen. Einige Krankenkassen mußten ihre Beitragssätze auf über 16% anheben. Der höchste Beitragssatz liegt zur Zeit bei 16,8% (AOK Dortmund). Für Anfang 1993 droht sogar ein Beitragssatz von 13,0% im Durchschnitt aller Krankenkassen.

Zur Steuerung dieser Entwicklung hat es nicht an gesetzgeberischen Versuchen gefehlt, die Ausgabenentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen. Die einschlägigen gesetzlichen Regelungen haben aber nicht dazu geführt, eine dauerhafte Stabilisierung der Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen. In einer Reihe von Gesetzen seit dem Jahr 1977 wurde wiederholt von dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium zur Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht. Im einzelnen ist auf das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) und die Haushaltsbegleitgesetze vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) und vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) hinzuweisen. Die genannten Gesetze haben ebenso wie das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2497), trotz Ausschöpfens aller Möglichkeiten, auf die Kostenentwicklung einzuwirken — wie im folgenden dargelegt wird —, nur vorübergehend zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Die dramatische Finanzentwicklung der letzten zwei Jahre und der erneute Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Gesundheits-Reformgesetz zeigen, daß ohne eine wirksame Begrenzung der Arztzahlen eine Eindämmung des Ausgabenanstiegs und eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich sind.

In einer Reihe von Untersuchungen ist herausgearbeitet worden, daß das Überangebot von Kassenärzten ein wesentlicher Grund für die skizzierte Finanzentwicklung ist (vgl. Endbericht der Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, S. 62, mit weiteren Nachweisen; Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion, S. 472). In den genannten Untersuchungen wird dargelegt, daß eine wachsende Arztzahl zur Folge hat, daß das von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubringende Finanzvolumen für die kassenärztliche Versorgung erheblich ansteigt. Dies hängt damit zusammen, daß der tatsächliche Bedarf ärztlicher Leistungen nur schwer objektivierbar ist. Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsintensität in der ärztlichen Versorgung unterliegen daher einem gewissen Dispositionsspielraum des Arztes.

Mediziner und Gesundheitsökonom verdeutlichen diesen Sachverhalt damit, daß es grundsätzlich denkbar sei, das gesamte Sozialprodukt für begründbare medizinische Leistungen und den damit verbundenen

Personal- und Investitionsaufwand in Anspruch zu nehmen. Der medizinische Versorgungsbedarf ist in weiten Bereichen das Ergebnis des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes, des Ausbildungsniveaus der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe, der Erwartungen und Ansprüche der Versicherten. Versuche, den Versorgungsbedarf durch Festlegung bestimmter Vorgaben und Kriterien zu strukturieren und einzugrenzen, z. B. durch Diagnose- und Therapiestandards, sind international bisher nur in Ansätzen entwickelt worden. Der Prozeß der Ausweitung des medizinischen Leistungsangebots kann dadurch nur hinsichtlich bestimmter Fehlentwicklungen korrigiert bzw. gesteuert, nicht jedoch generell begrenzt werden. Es ist evident, daß die expansiv wirkenden Faktoren des medizinischen Versorgungssystems durch die legitimen Einkommenserwartungen einer wachsenden Zahl von Ärzten nachhaltig verstärkt werden. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird seit langem auf die zentrale Bedeutung der Definitionsmacht des Arztes hinsichtlich des medizinischen Versorgungsbedarfs hingewiesen. Aufgrund seiner professionellen Autorität bestimmt der Arzt weitgehend das Angebot und zugleich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in allen Bereichen. Es ist unvermeidbar, daß er sich dabei auch von seinen Einkommensinteressen leiten läßt. Eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise muß damit nicht verbunden sein. In der gesundheitsökonomischen Fachliteratur wird dieses Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ nach Gesundheitsleistungen seit langem diskutiert. Vergleichbare Entwicklungen sind auch außerhalb des Bereichs der ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere im Krankenhausbereich, festzustellen. Durch zahlreiche Untersuchungen in verschiedenen Ländern ist dokumentiert, daß die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen mit der verfügbaren Bettenkapazität steigt. Ein Abbau der Bettenkapazität wird von zahlreichen Experten als unverzichtbare Voraussetzung zur Begrenzung der Inanspruchnahme im Bereich der stationären Versorgung angesehen.

Die Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages und der Sachverständigenrat haben an den zitierten Stellen auf den Zusammenhang der Arztzahlenentwicklung mit medizinisch nicht indizierten Gefälligkeitsleistungen sowie unnötigen Krankenhauseinweisungen ausdrücklich hingewiesen. Die Auswirkungen einer so ausgeweiteten Verordnungstätigkeit des Kassenarztes können nicht hoch genug eingeschätzt werden, weil er neben dem Umfang seiner Leistungen z. B. über die Arzneimittelversorgung, die Zahlung von Krankengeld und die Krankenhauseinweisung entscheidet. Der Kassenarzt verordnet durchschnittlich Kassenleistungen in Höhe des Vierfachen seines Honorars.

Wie sehr der Zuwachs an Ärzten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ansteigen läßt, kann anhand des Vergleichs der Arztzahl und der Leistungsausgaben der Krankenkassen zahlenmäßig nachgewiesen werden. So zeigt z. B. ein Vergleich dreier Ortskrankenkassen in Bayern, der AOK Mün-

chen, der AOK Mittelfranken und der AOK Hof, folgende signifikante Unterschiede:

Die Leistungsausgaben je Mitglied (ohne Zahnmedizin) im Jahr 1990 der AOK München (611 Einwohner je Kassenarzt) sind um 9,18 % höher als die der AOK Mittelfranken (867 Einwohner je Kassenarzt) und um 27,93 % höher als die der AOK Hof (1 051 Einwohner je Kassenarzt).

Der Vergleich der Ausgaben für ambulante Behandlung je Mitglied im Jahr 1990 fällt für die genannten Krankenkassen noch negativer zu Lasten der stärker versorgten Gebiete aus. So sind die Ausgaben der AOK München für die ambulante Versorgung je Mitglied um 17,47 % im Jahr 1990 höher als die der AOK Mittelfranken und sogar 45,98 % höher als die der AOK Hof. Auch die genannten Beispiele zeigen den Zusammenhang zwischen Arztzahl und Ausgabenentwicklung eindeutig und unterstreichen die Notwendigkeit einer Arztzahlbeschränkung.

Eine Abwägung des durch die aufgezeigte Entwicklung gefährdeten überragenden Gemeinschaftsguts der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Recht auf völlig ungehinderten Zugang jeden Arztes zum Kassenarztsystem muß zugunsten des erst genannten Gemeinschaftsguts ausfallen. Für die Bewertung der Eingriffsintensität einer Zulassungsbeschränkung ist ferner von Bedeutung, daß die organisatorische Einbindung des Kassenarztes in das öffentlich-rechtliche System der gesetzlichen Krankenversicherung dazu führt, daß freiberufliche Elemente durch Elemente eines staatlich gebundenen Berufs überlagert werden. Auch diese Überlegung rechtfertigt eine erweiterte Regelungsbefugnis des Gesetzgebers.

Hinzu kommt, daß wirksame Alternativen zu der vorgeschlagenen Regelung nicht vorhanden sind. So sind die Möglichkeiten, durch Vergütungsregelungen und verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen Abhilfe zu schaffen, durch frühere Gesetze und diesen Gesetzentwurf bereits derart ausgeschöpft, daß eine weitergehende Steuerung der Finanzentwicklung durch derartige Maßnahmen nicht möglich ist.

Die Untauglichkeit von Vergütungsregelungen zur Erreichung des angestrebten Ziels macht ein Blick auf die Entwicklung in allen industrialisierten Ländern seit Beginn der 70er Jahre deutlich. Trotz der vielfältigen Versuche, der Problematik mit Vergütungsregelungen Herr zu werden, ist es nirgends gelungen, die häufig als „Kostenexplosion“ bezeichnete Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen einzudämmen und die daraus resultierende Gefährdung der Finanzierbarkeit der Krankenversicherungssysteme dauerhaft abzuwenden.

Veränderungen im Vergütungssystem der Ärzte haben sich nicht als hinreichend wirksames Korrektiv gegenüber dem expansiv wirkenden Faktoren der medizinischen Versorgung erwiesen. So hat die globale Begrenzung der Honorarsumme der Ärzte in den vergangenen Jahren nur zu einer jeweils kurzfristig wirksamen finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beigetragen. Eine dauerhafte Sicherung der finanziellen Stabilität der Kran-

kenversicherung konnte damit jedoch nicht erreicht werden.

Dies resultiert daraus, daß Vergütungsregelungen generell bei gleichzeitig steigender Arztzahl die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur unzureichend steuern können. Budgetierte ärztliche Vergütungen verstärken den Leistungswettbewerb um die Patienten unter den Ärzten. Hierdurch wird unausweichlich eine Mengenausweitung der ärztlichen Leistungen hervorgerufen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion hat in seinem Jahresgutachten 1992 dargestellt, daß eine Begrenzung der Gesamtvergütung langfristig die negativen Folgen der Mengenausweitung nicht ausgleichen kann (Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 475, 486). Da bei steigender Arztzahl und hierdurch erhöhtem Angebot tendenziell immer mehr Leistungen erbracht werden, sinkt der für die Berechnung der Einzelleistung entscheidende Punktwert. Um hieraus resultierende Einkommenseinbußen zu kompensieren, werden — aus der Sicht des einzelnen Arztes wirtschaftlich rational — von ihm noch mehr Leistungen erbracht. Durch die verstärkte ärztliche Tätigkeit steigt zwangsläufig auch der Umfang der veranlaßten Leistungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Diese Fehlentwicklung läßt sich durch restriktive Regelungen der ärztlichen Vergütung nicht aufhalten (vgl. Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, S. 109).

Auch nachträgliche Steuerungsinstrumente, die sich darauf richten, die aus einer steigenden Arztzahl resultierende Ausgabendynamik, durch Eindämmung der o. a. expansiven Faktoren zu dämpfen, können nur begrenzte Wirkungen erzielen. Die aus einer anhaltenden Steigerung der Zahl der Ärzte resultierende Gefährdung der finanziellen Stabilität der Gesundheitssysteme kann damit nicht abgewendet werden. Dies gilt insbesondere für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Die Prüfungen auf der Grundlage von Durchschnittswerten können nur diejenigen Ärzte erfassen, deren Leistungs- bzw. Verordnungsvolumina den Durchschnitt erheblich überschreiten. Die aufgrund höchst richterlicher Rechtsprechung entwickelte Praxis sieht vor, daß bei Ärzten, die den Durchschnittswert um ca. 50 % überschreiten, pauschale Honorarkürzungen bzw. Regresse vorgenommen werden. Bei Überschreitungen im Bereich von 20 bis 50 % sind Einzelprüfungen der Ärzte zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit durchzuführen. Dieser Nachweis ist häufig nicht oder nur mit einem erheblichen Prüfungsaufwand zu führen. Die eingeschränkte Bedeutung dieser Prüfungsart ergibt sich bereits aus dem zugrundeliegenden Maßstab des Durchschnittswertes selbst. Wenn das Leistungs- und Verordnungsvolumen aller Ärzte tendenziell ansteigt — das war in den vergangenen Jahren regelmäßig der Fall —, bleibt eine durchschnittsbezogene Prüfung ohne nachhaltige Wirkung in bezug auf den Anstieg der Gesamtausgaben der Krankenkassen. Die durch das Gesundheitsreformgesetz zusätzlich eingeführten Stichproben-

prüfungen für verordnete Leistungen können diese Funktionsdefizite der Durchschnittsprüfung nur partiell kompensieren. Da die Stichprobenprüfungen als umfassende Einzelfallprüfungen der gesamten Behandlungs- und Verordnungsweise der Ärzte konzipiert sind, kann jeweils nur ein relativ geringer Teil der Ärzte — nach geltendem Recht 2 % pro Quartal — in die Prüfung einbezogen werden. Die dargestellten grundsätzlichen Beschränkungen des Steuerungspotentials solcher Prüfungen werden durch diese Erweiterung des Instrumentariums nicht aufgehoben.

Auch die übrigen bereits geltenden oder in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Ausgabenbegrenzung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung werden zwar spürbar zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen beitragen, sie können jedoch auf Dauer auch in ihrer Gesamtwirkung die mit einer weiter steigenden Zahl der Ärzte verbundene Ausgabenexpansion nicht kompensieren. Die konsequente Budgetierung der Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung im Gesundheits-Strukturgesetz rechtfertigt sich u. a. daraus, daß sich ab 1996 die strukturellen Wirkungen des vorgesehenen § 101 entfalten werden. Budgetierung und Beschränkung der Arztzahlen stehen so in einem unauflösbaren Zusammenhang.

Zu Nummer 25 (§ 104 Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aus der Neufassung der §§ 101, 102.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift trägt der Einführung einer Altersgrenze für Kassenärzte ab 1. Januar 1999 Rechnung.

Zu Nummer 26 (§ 106)

Die Änderungen haben das Ziel, eine Kumulation von Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte zu vermeiden und die Voraussetzungen für eine sachgerechte, Praxisbesonderheiten berücksichtigende Prüfungsweise zu verbessern. Durch die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse wird eine mehrfache Prüfung des Arztes/Zahnarztes wegen gleicher Sachverhalte von Krankenkassen verschiedener Kassenarten ausgeschlossen.

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Klarstellung

Zu Buchstabe b

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden zu zwei Kategorien zusammengefaßt:

- Auffälligkeitsprüfungen werden durchgeführt, wenn der jeweils als Auffälligkeitskriterium zugrunde zu legende Wert überschritten wird: bei ärztlichen Leistungen der arztgruppenspezifische Durchschnittswert, bei ärztlich verordneten Leistungen der Durchschnittswert oder die Richtgröße nach § 84. Eine Kumulation von Durchschnitts- und Richtgrößenprüfungen bei verordneten Leistungen wird dadurch ausgeschlossen, daß bei Durchführung von Prüfungen nach Richtgrößen Durchschnittsprüfungen nicht vorgenommen werden.
- Zufälligkeitsprüfungen werden auf der Grundlage von Stichproben durchgeführt. Eine Kumulation von Zufälligkeitsprüfungen wird durch die Einführung einer zweijährigen Karenzzeit ausgeschlossen.

Zu Buchstabe c

Der eingefügte Satz 3 bestimmt, daß der Zufälligkeitsprüfung arzt- und versichertenbezogene Leistungsdaten für den Zeitraum eines Jahres zugrunde zu legen sind; dadurch soll ein ausreichender Beurteilungszeitraum gewährleistet werden.

Die in Satz 6 getroffene Regelung erleichtert Sanktionen für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit.

Zu Buchstabe d

- aa) Die Einleitung von Prüfungen soll durch das Recht der Verbände der Krankenkassen, Prüfanträge zu stellen, erleichtert werden.
- bb) Es wird klargestellt, daß sich die bei Richtgrößenprüfungen vorzusehenden Maßnahmen nicht von den Maßnahmen bei anderen Prüfungsarten unterscheiden. Vereinbarungen, die lediglich eine Beratung des Arztes bei Überschreitung der Richtgrößen vorsehen, sind nicht zulässig.

Zu Nummer 27 (§ 109)

Die Änderung ist eine Folge der Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 8 zu Nummer 2).

Zu Nummer 28 (§ 110)

Die Kündigung von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen kann erfolgen, wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist. Die Kündigung wird mit der Genehmigung durch das Land wirksam. In der Vergangenheit sind nur wenige Kündigungen durch die Länder genehmigt worden.

Die Änderungen erleichtern die Kündigung von Krankenhäusern durch die Krankenkassen ab 1993 im Hinblick auf das Genehmigungserfordernis.

Zu Buchstabe a

Nach § 110 können die Krankenkassen auch Versorgungsverträge mit Plankrankenhäusern kündigen. Die Voraussetzung, bei deren Vorliegen die zuständige Landesbehörde die Genehmigung einer Kündigung verweigern kann, wird dahin gehend eingengt, daß das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar sein muß.

Zu Buchstabe b

Die Fiktion soll für klare Verhältnisse sorgen, indem nach fruchtlosem Fristablauf der Schwebezustand beseitigt wird. Widerspricht das Land nicht, hat — nach allgemeinem Verwaltungsrecht — eine entsprechende Mitteilung über den Eintritt der Fiktion an den Krankenhausträger durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen zu erfolgen. Den zuständigen Landesbehörden wird nahegelegt, innerhalb der angemessenen sechsmonatigen Prüfungsfrist zu entscheiden.

Zu Nummer 29 (§ 112)

Die Regelung ergänzt den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Nummer 7) und erleichtert dessen Umsetzung.

Zu Nummer 30 (§ 113)

Bereits nach geltendem Recht können die Krankenkassen eine umfassende Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung, und zwar auch außerhalb des Pflegesatzverfahrens, durchführen lassen; nur der Prüfer kann nicht einseitig durch die Krankenkassen bestellt werden. Um Prüfungen, auch der Leistungsfähigkeit und Qualität während der Geltung des festen Budgets von 1993 bis 1995 (siehe Änderung der Bundespflegeverordnung gemäß Artikel 9 Abs. 1 und 2), zu erleichtern und das Verfahren praktikabler auszugestalten, soll die Zustimmung des zu Prüfenden zu der Prüferbestellung entfallen.

Die Kosten der Prüfung sind pflegesatzfähig, bei einseitiger Auswahl des Prüfers durch die Krankenkassen allerdings erst ab 1996 (siehe Artikel 9 Abs. 3 zu Nummer 6, § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BpflV).

Zu Nummer 31 (§ 115)

Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten zugunsten einer naht-

losen leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten durch Kassenärzte und Krankenhäuser sind mit wenigen Ausnahmen nicht zustande gekommen. Dies gilt insbesondere für Verträge über die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus.

Zu Buchstaben a und b

Im Interesse des Vorrangs der Selbstverwaltung wird klargestellt, daß die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung erst durch den Erlaß einer Rechtsverordnung der Landesregierung entfällt.

Zu Nummer 32 (§ 122)

Die Vorschriften des SGB V über die gemeinsame Großgeräteplanung für den ambulanten und den stationären Bereich (§§ 92, 122) haben in der Praxis zu Unklarheiten hinsichtlich der Rechte und Pflichten der Beteiligten geführt. Der neu gefaßte § 122 enthält neben den erforderlichen Klarstellungen vor allem eine neue Regelungskompetenz des Bundes.

In Absatz 2 wird der Bundesminister für Gesundheit ermächtigt, die abstimmungspflichtigen Großgeräte und Anhaltzahlen für die Planung (u. a. angemessene Relation zwischen Gerät und Einwohnerzahl sowie angemessene Zahl von Fällen zur wirtschaftlichen Auslastung) festzulegen. Dadurch soll eine von Land zu Land unterschiedliche Planungsgrundlage vermieden werden.

In Absatz 4 wird klargestellt, daß ausschließlich die Großgeräteausschüsse für die Standortabstimmung zuständig sind (in jedem Einzelfall). Bei der Abstimmung sind die in Satz 2 genannten Kriterien zu beachten, die das Ermessen des Großgeräteausschusses begrenzen; ferner ist bei Hochschulkliniken gemäß § 10 Satz 3 und 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der sich aus Forschung und Lehre ergebende Gerätebedarf zu berücksichtigen. Diese Zuständigkeit ist umfassend, soweit nicht die Rechtsverordnung nach Absatz 2 gilt. Die Großgeräteausschüsse können also z. B. ergänzende Bedarfskriterien aufstellen und das Antragsverfahren regeln. Kooperationsstandorte sollen verstärkt ausgewiesen werden; dies ist im Hinblick auf das Recht auf freie Berufsausübung gemäß Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz z. B. zugunsten von Ärzten oder Krankenhäusern erforderlich, denen der Betrieb eines eigenen Großgerätes nicht gestattet worden ist (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 14. Mai 1992 — 6 RKa 41/91).

In Absatz 5 wird klargestellt, daß das interne Abstimmungsergebnis des Großgeräteausschusses für die zuständige Landesbehörde bzw. den zuständigen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 90) verbindlich und von ihnen durch Verwaltungsakt jeweils gegenüber den Antragstellern umzusetzen ist. Entsprechendes gilt im Hinblick auf eine staatliche Ersatzentscheidung nach Absatz 4 Satz 3.

Die Absätze 1 und 3 entsprechen dem geltenden Recht mit geringfügigen redaktionellen Änderungen.

Zu Nummer 33 (§ 126)

Die Vorschrift schafft neues Recht. Die bisher bestehende Vorschrift, daß Hilfsmittel nur von zugelassenen Leistungserbringern an Versicherte abgegeben werden dürfen (§ 126 SGB V), entfällt, da sie sich als überflüssig und wettbewerbsbehindernd erwiesen hat. Überflüssig ist sie insofern, als die Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln am Produkt erfolgt (z. B. durch Garantienzeiten oder durch erforderliche Prüfzeichen). Außerdem sorgen die Regelungen über die Berufsausbildung und Berufsausübung in ausreichendem Maße dafür, daß Leistungserbringer nur dann ihr Gewerbe betreiben können, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Für eine zusätzliche kassenrechtliche Zulassung besteht keine Notwendigkeit. Sie behindert vielmehr die Entstehung neuer Vertriebsformen und eine Belebung des Preiswettbewerbs. Preiswettbewerb dürfte jedoch am ehesten in der Lage sein, eine Kostendämpfung zu bewirken.

Die Regelung entspricht auch europäischem Wettbewerbsrecht, denn Artikel 30 EWGV verbietet staatliche Maßnahmen, die in ihrer Wirkung mengenmäßigen Einfuhrbeschränkungen gleichkommen. Der EuGH hat den Begriff der Maßnahme gleicher Wirkung dahin gehend ausgelegt, daß hierunter jede Handelsregelung der Mitgliedsstaaten fällt, die geeignet ist, den innergemeinschaftlichen Handel unmittelbar oder mittelbar, tatsächlich oder potentiell zu behindern, wobei als Handelsregelung auch einzelstaatliche Regelungen gelten.

Zu Absatz 1

Preisvereinbarungen über die Lieferung von Hilfsmitteln (Produkt einschließlich eventuell erforderlicher Dienstleistung) erfolgen zukünftig auf wettbewerblicher Basis zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern. Dabei sind — bei von den Krankenkassen definierten Qualitätsstandards — insbesondere jene Leistungserbringer zu berücksichtigen, die besonders preisgünstig anbieten. Zur Findung von Vertragspartnern können die Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen gleicher Kassenart auf örtlicher Ebene (z. B. mehrere kleinere Betriebs- oder Innungskrankenkassen) auch Ausschreibungen vornehmen.

Zu Absatz 2

Das Instrumentarium des Absatzes 1 kann nur dann Wirkung zeigen, wenn die Vertragslieferanten dem Versicherten bekannt sind und von ihm in Anspruch genommen werden. Die Sätze 2 und 3 stellen die notwendige Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 bei Inanspruchnahme von Nichtvertragslieferanten dar.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, daß sich Leistungserbringer auch bereit erklären können, unterhalb von Festbeträgen anzubieten. Um hierfür Anreize zu schaffen, können Krankenkassen Leistungserbringern z. B. durch Verwaltungsvereinfachungen oder Abrechnungserleichterungen entgegenkommen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, in den Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern grundsätzlich einheitliche Abrechnungsbestimmungen einzuhalten, um anhand dieser Daten bewertende Analysen zur Entwicklung des Hilfsmittelsektors vornehmen zu können. Abweichungen sind zulässig, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung oder die Erfüllung sonstiger Zwecke nicht gefährdet werden.

Zu Nummer 34 (§ 127)

Die Vorschrift ist neu. Sie verpflichtet die Krankenkassen, Preisvergleiche bei teuren und/oder häufig abgegebenen Hilfsmitteln durchzuführen und die Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Satz 2 stellt klar, daß die Krankenkassen Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen können. Preisvergleiche erleichtern den Krankenkassen den Abschluß von Preisvereinbarungen nach § 126 Abs. 1 und 3 mit preisgünstigen Leistungserbringern. Darüber hinaus verschafft die Regelung den Versicherten die erforderliche Markttransparenz, um preisgünstige Hilfsmittel in Anspruch nehmen zu können. Ohne diese Marktkenntnisse, die sich der Versicherte durch persönliche Suchprozesse kaum verschaffen kann, ist eine preisbewußte Inanspruchnahme der Versicherten, zu der sie gesetzlich verpflichtet sind (§§ 2 und 12), nicht möglich. Die gezielte Information der Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten soll den Wettbewerb — bei von den Kassen vorgegebenen Qualitätsstandards (§ 139 Abs. 1) — unter den Leistungserbringern verstärken. Die Krankenkassen sollen auch den verordnenden Kassenärzten Preisvergleichslisten zur Verfügung stellen, um eine preisgünstige Verordnung von Hilfsmitteln zu ermöglichen.

Zu Nummer 35 (§ 135)

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht, verlängert aber die Gewährleistungsfrist für Versorgungen mit Zahnersatz auf mindestens zwei Jahre. Die Beseitigung von Mängeln innerhalb dieses Zeitraumes darf Krankenkassen und Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden. Zahnärzten wird darüber hinaus die Möglichkeit gegeben, ihren Patienten eine längere Gewährleistung einzuräumen und dies den Patienten bekanntzumachen. Von diesen Änderun-

gen ist eine qualitätssteigernde Wirkung zu erwarten. Gleichzeitig ist die Vorschrift notwendig, um für Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Garantie einräumen, Rechtssicherheit dahin gehend zu schaffen, daß ihr Vorgehen nicht gegen Berufsrecht verstößt.

Zu Nummer 36 (§ 137)

Die Beteiligung der Ärztekammern erfolgt im Hinblick auf deren Mitverantwortung für die Qualitätssicherung.

Zu Nummer 37 (§ 141)

Zu Buchstabe a (§ 141 Abs. 2)

Mit der Ergänzung wird klargestellt, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Vorsorge- und Früherkennungsleistungen (z. B. Leistungen nach §§ 22 und 25 SGB V) nicht verhindert, die zwar bei Beginn ihrer Einführung kostensteigernd wirken können, aber insbesondere mittelfristig ausgabensenkende Wirkungen haben. Dieser Zusammenhang ist vor allem im Bereich zahnmedizinischer Vorsorge und dadurch bedingter späterer Einsparungen im prothetischen Bereich durch zahlreiche Untersuchungen belegt.

Zu Buchstabe b (§ 141 Abs. 3)

Die Einbeziehung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung sowie des Bundesministers für Familie und Senioren ist wegen der Bedeutung der Konzentrierten Aktion für die Bereiche Sozialversicherung und Arbeitsmarkt einerseits sowie die Berufe der Kranken- und Altenpflege andererseits geboten.

Zu Nummer 38 (§ 145)

Die bisherige Regelung ist nicht genutzt worden. Durch die Neuregelung werden Vereinigungen von Ortskrankenkassen erleichtert. Die Regelung trägt zu mehr Beitragsgerechtigkeit und zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten bei.

Zu Buchstabe a (§ 145 Abs. 1)

Die Regelung erleichtert die Möglichkeit der Vereinigung von Ortskrankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung. Durch die Streichung der bisherigen Nummer 3 wird eine Vereinigung bereits vor Ablauf von zwölf Monaten nach Antragstellung möglich. Außerdem wird dem Bundesverband ein Antragsrecht eingeräumt.

Die Leistungsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkassen wird insbesondere dann verbessert, wenn die Aufgaben der beteiligten Krankenkassen durch die Vereinigung (z. B. durch Rationalisierungen in der

Verwaltung) wirtschaftlicher wahrgenommen werden können. Auch eine Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der betroffenen Ortskrankenkassen zu einer in der Region konkurrierenden Kasse stärkt die Leistungsfähigkeit der Ortskrankenkassen.

Die bisherigen Voraussetzungen für eine Kassenvereinigung nach Nummern 1 und 2 (alt) haben sich nicht bewährt, weil der Bedarfssatzschwellenwert von 12,5 % in Ländern mit überwiegend ungünstiger Finanzsituation bei den Kassen zu hoch war. Auch das Erfordernis eines vorherigen Finanzausgleichs nach Nummer 2 (alt) ist nicht zweckmäßig, wenn die Leistungsfähigkeit auch durch die Kassenvereinigung verbessert werden kann.

Die Änderung verringert deshalb den Bedarfssatzschwellenwert auf Landesebene von 12,5 % auf 10 % (vgl. § 266 Abs. 1 SGB V) und führt als weiteren Vergleichsmaßstab den Bedarfssatzschwellenwert auf Bundesebene von 12,5 % (vgl. § 267 Abs. 1 SGB V) ein. Dadurch wird zugleich der Begriff der „Gefährdung der Leistungsfähigkeit“ einer Ortskrankenkasse in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 147 Abs. 1 konkretisiert.

Zu Buchstabe b (§ 145 Abs. 3)

Die Regelung verpflichtet die Landesregierung zur Vereinigung von Ortskrankenkassen, wenn mindestens eine der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegt und Bemühungen um eine freiwillige Vereinigung nach § 144 erfolglos bleiben. Die Frist von zwölf Monaten beginnt mit dem Tage des Antrags nach Absatz 1.

Zu Nummer 39 (§ 148)

Durch die Regelung soll die Errichtung einer Betriebskrankenkasse nicht von der Zustimmung der Mehrheit der abstimmenden Arbeitnehmer, sondern von der Mehrheit der im Betrieb Beschäftigten abhängig gemacht werden. Hierzu gehören auch Arbeitnehmer, die noch nicht volljährig sind, und Auszubildende. Die demokratische Legitimierung einer BKK-Errichtung erfolgt damit auf einer breiteren, von der Gesamtbelegschaft getragenen Basis. Die Regelung berücksichtigt, daß von einer BKK-Errichtung die gesamte Belegschaft finanziell betroffen sein kann. Das gilt auch für Personen, die der Betriebskrankenkasse nach der Errichtung nicht angehören können, weil die BKK-Errichtung auch Auswirkungen auf den Beitragszuschuß des Arbeitgebers nach § 257 Abs. 2 SGB V haben kann. Nicht abstimmungsberechtigt sind Personen, die zum Zeitpunkt der BKK-Errichtung nicht mehr Beschäftigte des Betriebes sind und bei denen dies bei der Abstimmung bekannt ist.

Zu Nummer 40 (§ 160)

Durch die Änderung wird die Regelung über die Vereinigung von Innungskrankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung an die Änderungen des § 145 Abs. 1 und 3 angepaßt.

Zu Nummer 41 (§ 183)

Für versicherungspflichtig Beschäftigte soll das Kassenwahlrecht erweitert werden. Die Regelung gilt für versicherungspflichtig Beschäftigte, für die durch Neuerrichtung oder Ausdehnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen auf weitere selbständige oder unselbständige Betriebe die Betriebs- oder Innungskrankenkasse nach §§ 174, 175 SGB V zuständig geworden ist. Satz 2 stellt klar, daß die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der bisherigen Kasse zu erklären ist. Dabei kann die Kassenwahl auch vor dem Errichtungszeitpunkt erfolgen, wenn der Errichtungszeitpunkt von der Aufsichtsbehörde nach § 148 Abs. 3 SGB V festgesetzt ist. Die Meldepflichten und der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Kasse sind wie bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit Wahlrecht zu einer Ersatzkasse geregelt.

Zu Nummer 42 (§ 207)

Folgeregelung zu § 145. Sofern sich alle Krankenkassen eines Landes vereinigen, nimmt diese Krankenkasse die Aufgaben des Landesverbandes wahr (§ 207 Abs. 4). Die neue Vorschrift regelt, daß die Krankenkasse auch als Rechtsnachfolgerin in die Dienstverhältnisse des bisherigen Landesverbandes eintritt und Vermögen, Forderungen und Verbindlichkeiten des Landesverbandes zu übernehmen hat.

Zu Nummer 43 (§ 220 Abs. 4)

Mit dieser Regelung wird gesichert, daß die Krankenkassen die vorgesehenen Budgetierungen nicht überschreiten können.

Zu Nummer 44 (§ 257 Abs. 2a und 2b)

Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit sind und sich durch Abschluß einer gleichwertigen privaten Versicherung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung versichert haben, erhalten einen Beitragszuschuß ihres Arbeitgebers. Es besteht ein hohes sozialpolitisches Interesse daran, daß diese Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung neben dem Leistungsangebot auch hinsichtlich bestimmter struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Bisher wurde dies durch § 257 Abs. 2 sowie durch die staatliche Bedingungs- und Tarifgenehmigung erreicht. Da letztere infolge der Dritten Schadensversicherungsrichtlinie der EG zum 1. Juli 1994 entfallen

wird, ist eine Verstärkung der Anforderungen an die Qualität des die gesetzliche Krankenversicherung ersetzenden Schutzes durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geboten.

Die Vorschriften des Absatzes 2a Nr. 1 bis 3 sollen in erster Linie die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte sicherstellen. Der Zwang zu der nach Nummer 1 vorausgesetzten Bildung angemessener Rückstellungen für das Alter wird durch die in Nummer 2 vorgesehene Schaffung eines brancheneinheitlichen Standardtarifs mit garantiertem Höchstbeitrag verstärkt. Von diesem Tarif geht insofern eine Selbststeuerung für die gesamte private Krankenversicherung aus, als bei unzureichender Vorsorge und zu hohen Altersbeiträgen in den üblichen Tarifen die Gefahr einer Abwanderung der Betroffenen in den Standardtarif mit der Folge der Subventionierung und des Finanzausgleichs entsteht. Im einzelnen läßt Nummer 2 für eine privatversicherungstypische Ausgestaltung des Standardtarifs Gestaltungsfreiheit, wenn gewährleistet ist, daß im Ergebnis ein Vollschutz zur Verfügung steht, der im Kernbereich den Leistungen dieses Buches entspricht. Die Vorschrift läßt auch Anpassungen an etwaige spätere Änderungen der Leistungen dieses Buches zu. Durch Nummer 4 bleibt der mit der Möglichkeit der Beitragsanpassung einhergehende Kündigungsschutz der Versicherten auch über den 1. Juli 1994 hinaus generell erhalten. Die mit Nummer 5 geforderte Beibehaltung der Spartenentrennung ist für die private Krankenversicherung aus den gleichen sozialen und ökonomischen Erwägungen geboten wie für die insoweit vergleichbare gesetzliche Krankenversicherung. Hinzu kommt, daß im Interesse des Arbeitgebers beim Zuschuß sichergestellt werden muß, daß in dem zuschußfähigen Versicherungsbeitrag keine krankenversicherungsfremden Elemente enthalten sind.

Die der Versicherungsbescheinigung zugrundeliegende Bestätigung kann auch von der Aufsichtsbehörde eines anderen EG-Staates ausgestellt sein, sofern diese zuständig ist.

Sofern der Standardtarifbeitrag den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, schreibt Absatz 2b vor, daß der überschießende Beitragsanteil zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung anteilig auszugleichen ist, ggf. abzüglich einer Interessquote. Einzelheiten sind zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen zu vereinbaren, wobei das Amt in diesem Falle nicht als Aufsicht, sondern als sachkundige Bundesbehörde tätig wird.

Zu Nummer 45 (§ 258)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2a und 2b.

Zu Nummer 46 (§ 264 a)

Die Vorschrift eröffnet den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit, Versicherungsunternehmen zu gründen. Dadurch können sie mit bereits

tätigen Versicherungsunternehmen in Wettbewerb treten. Die Wettbewerbsgleichheit aller Marktteilnehmer wird dadurch gewährleistet, daß die neu gegründeten Versicherungsunternehmen in gleicher Weise wie die bereits tätigen Versicherungsunternehmen den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes unterworfen werden. Die Beschränkung auf Versicherungsunternehmen mit der Wahlleistung Zahnersatz entspricht dem der Abgrenzung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung zugrundeliegenden Subsidiaritätsprinzip.

Eine Beteiligung der Arbeitgeber, etwa in Form eines Zuschusses entsprechend § 257 SGB V, ist nicht vorgesehen.

Bisher praktizierte Kooperationen mit Versicherungsunternehmen auf der Grundlage geltenden Rechts werden durch diese Regelung nicht ausgeschlossen.

Zu Nummer 47 (§ 270a)

Durch die Einfügung des § 270a wird dem Bundesminister für Gesundheit die Aufgabe zugewiesen, die für die Orientierung der Veränderungsrate der Ausgabenentwicklung in den verschiedenen Leistungsbereichen relevante Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (im Sinne des § 270 SGB V) je Mitglied für das laufende Jahr auf der Grundlage der relevanten gesamtwirtschaftlichen Daten zu schätzen. Dabei ist insbesondere die Einschätzung der Brutto-lohn- und Gehaltssumme je beschäftigten Arbeitnehmer zugrunde zu legen, wie sie im Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung vorgenommen wird. Da der Jahreswirtschaftsbericht im Laufe des Monats Januar eines jeden Jahres vorliegt, erscheint eine auf die Daten dieses Berichts bezugnehmende Schätzung der beitragspflichtigen Einnahmen durch den Bundesminister für Gesundheit bis zum 15. Februar angezeigt. Die Feststellung der endgültigen Veränderungsrate des Vorjahres wird nach der Vorlage der endgültigen Jahresrechnungsergebnisse aller Krankenkassen getroffen.

Zu Nummer 48 (§ 275a)

Zu Absatz 1

Seit Jahren wird eine Zunahme der Krankenhaufälle registriert. Untersuchungen lassen darauf schließen, daß die Zunahme auch darauf zurückzuführen ist, daß der Vorrang der ambulanten Behandlung nicht in ausreichendem Maße beachtet wird. Diese Frage kann nur durch Einzelfallanalysen geklärt werden. Anhand der konkreten Krankenunterlagen ist die Beachtung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung medizinisch zu überprüfen. Erforderlich ist eine fundierte Bewertung der einzelnen Krankenhaufnahmen aus medizinischer Sicht. Für die Prüfung ist der Medizinische Dienst als medizinischer Beratungsdienst der Krankenkassen zu beauftragen. Es handelt sich um eine Aufgabe im Rahmen des ihm vom Gesetz zugewiesenen Auftrages

der medizinischen Beratung der Krankenkassen in allgemeinen medizinischen Fragen. Da es sich um eine Konkretisierung des gesetzlichen Auftrages nach § 275 Abs. 4 handelt, dürfen durch diese zeitlich — bis zum 31. Dezember 1996 sind die Modellvorhaben abzuschließen — und inhaltlich begrenzte Aufgabe keine zusätzlichen Personalkosten beim Medizinischen Dienst entstehen.

Um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten, sollen in jedem Bundesland jeweils ein Krankenhaus jeder Versorgungsstufe einbezogen werden.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten der Modellvorhaben (Auswahl der zu prüfenden Krankenhäuser, Zahl der zu prüfenden Krankenhaufnahmen, Zeitraum der Prüfung) soll in jedem Bundesland den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie den Landeskrankenhausesgesellschaften obliegen. Kommt bis zum 30. Juni 1993 keine Einigung zustande, können die Krankenkassen im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde des Landes allein entscheiden.

Zu Absatz 3

Für die Übermittlung personenbezogener Daten, die für die Überprüfung der Krankenhaufnahme aus medizinischer Sicht erforderlich sind, sind die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. Um die erforderlichen Unterlagen auch im Krankenhaus einsehen und prüfen zu können, ist den Ärzten des Medizinischen Dienstes das Recht, die Räume des Krankenhauses zu betreten, zu gewähren.

Zu Absatz 4

Der Medizinische Dienst hat die Ergebnisse seiner Untersuchung zusammenzufassen und Vorschläge für eine Verbesserung der Kriterien für eine Krankenhaufnahme mit dem Ziel, den Vorrang der ambulanten vor der stationären Behandlung zu beachten, zu unterbreiten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände hat die Einzelergebnisse der einzelnen Medizinischen Dienste in anonymisierter Form zusammenzufassen und den Hauptbeteiligten zur Verfügung zu stellen. Damit die Ergebnisse für die weiteren Pflegesatzverhandlungen nutzbar gemacht werden können, sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsame Empfehlungen beschließen.

Zu Nummer 49 (§ 277)

Nach § 277 Abs. 2 SGB V hat die Krankenkasse dem Arbeitgeber das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Diese Verpflichtung gilt jedoch

nur, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht. Durch eine spätere Rechtsänderung wurde dem Arbeitgeber die Möglichkeit eingeräumt, die Krankenkasse zu veranlassen, ein Gutachten über Arbeitsunfähigkeit einzuholen, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt. Diese begründeten Zweifel können auch nach Ablauf des Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes bestehen. Gerade in diesen Fällen wird der Arbeitgeber ein erhebliches Interesse an dem Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes haben, wenn es mit der Bescheinigung des Kassenarztes nicht übereinstimmt. Die Mitteilungspflicht der Krankenkassen ist daher auch auf diesen Fall zu erweitern.

Zu Nummer 50 (§ 284)

Es werden Folgeänderungen und redaktionelle Änderungen zu den Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106) sowie zur Information der Versicherten (§ 305) vorgenommen, um den datenschutzrechtlichen Erfordernissen für die Bereitstellung der dafür notwendigen Daten zu entsprechen.

Zu Nummer 51 (§ 285)

Folgeänderung zur Änderung von § 305.

Zu Nummer 52 (§ 291)

Zu Buchstabe a

Die Neubestimmung des Einführungsdatums für die Krankenversichertenkarte trägt den entstandenen Verzögerungen Rechnung, die insbesondere aufgrund der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgesehenen Veränderung des Konzepts der technischen Ausgestaltung der Karte — Wechsel von der Magnetstreifenkarte zur Chipkarte — entstanden sind.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, Kosten für die zur Nutzung der Krankenversichertenkarte erforderlichen Geräte im Rahmen von Modellversuchen zu übernehmen.

Zu Nummer 53 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, daß in den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und in den Abrechnungsunterlagen weiterhin die Diagnose anzugeben ist. Die Diagnose ist Bestandteil einer ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung des Arztes und daher in den Abrechnungsnachweisen des Kassen- und Vertragsarztes

anzugeben. Die Kenntnis der Diagnose ist für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich:

- Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Plausibilitätskontrollen nach § 83 Abs. 2: Eine hinreichende Prüfung setzt die vollständige, die Diagnose einschließende Leistungsbeschreibung des Arztes voraus.
- Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen: Die Krankenkassen müssen ihre Zuständigkeit als Kostenträger prüfen (§ 12 i. V. m. § 16 SGB I). Die Angabe der Diagnose ermöglicht die Feststellung, ob eine Krankheit bzw. Krankenbehandlung, ein Unfall (Regreßmöglichkeit) oder ein Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit vorliegt. Ebenso setzt auch die Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld (§ 48 Abs. 1 SGB V) die Kenntnis der Diagnose voraus.
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: Bei der Prüfung nach Durchschnittswerten und Richtgrößen auffällig gewordene Kassen- und Vertragsärzte werden unter bestimmten, vertraglich geregelten Voraussetzungen einer Einzelfallprüfung unterzogen. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen im Einzelfall setzt die Angabe der Diagnose in den Abrechnungsunterlagen des Arztes voraus.
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: Bei der Zufälligkeitsprüfung ist das gesamte Leistungsgeschehen der in die Stichprobe einbezogenen Kassen- und Vertragsärzte anhand versichertenbezogener Daten zu überprüfen. Die versichertenbezogene Prüfung der ärztlichen Leistungen, der Verordnungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen kann von den Prüfungsausschüssen nur unter Bezugnahme auf die jeweilige Diagnose vorgenommen werden.

Die Angabe von Diagnose bzw. Befund auf den Abrechnungsunterlagen entspricht auch der bisher geltenden Praxis.

Durch die vorgeschriebene Verschlüsselung der Diagnosen mit dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten wird eine Standardisierung der Diagnoseangaben nach einem international gebräuchlichen, von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Verfahren erreicht. Die Klassifikation ist in der jeweiligen deutschen Fassung anzuwenden, die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit herausgegeben wird. Durch den vierstelligen Schlüssel wird die notwendige Informationstiefe gewährleistet. Den Ärzten wird durch die Verschlüsselung die Angabe der Diagnose wesentlich erleichtert. Zugleich wird durch die mit der Verschlüsselung verbundene Standardisierung und

Konzentration der Angaben auf die wesentlichen Merkmale ein datenschutzrechtlich positiv zu bewertender Effekt erzielt. Bei zahnärztlicher Behandlung sind anstelle der Diagnose die Befunde anzugeben.

Zu Buchstabe b

Die Änderung dient der Klarstellung, daß die Angaben unabhängig von der vereinbarten Art der Vergütung fallbezogen zu übermitteln sind.

Zu Nummer 54 (§ 296)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung von § 106.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, daß sowohl die Arztnummer des überweisenden als auch die Arztnummer des die Überweisung annehmenden Arztes zu übermitteln ist; beide Angaben sind zur Durchführung der Prüfungen notwendig.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Änderung von § 106.

Zu Nummer 55 (§ 297)

Zu Buchstaben a und b

Folgeänderungen zur Änderung von § 106 Abs. 2.

Zu Buchstabe c

aa) In Absatz 2 Nr. 4 wird — im Zusammenhang mit den Änderungen zu § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 klargestellt, daß die Diagnose — bei zahnärztlicher Behandlung die Befunde — zu den für die Zufälligkeitsprüfungen zu übermittelnden Daten gehört.

bb) Als Folgeänderung zur Änderung von § 106 Abs. 3 (Satz 3) wird klargestellt, daß die Daten über die ärztlichen Leistungen für die Zufälligkeitsprüfungen jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe d

Als Folgeänderung zur Änderung von § 106 Abs. 3 (Satz 3) wird klargestellt, daß die Daten über die ärztlich verordneten Leistungen für die Zufälligkeitsprüfung jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln sind.

Zu Nummer 56 (§ 300)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird bestimmt, daß das Arzneimittelkennzeichen maschinenlesbar anzugeben ist.

Zu Buchstabe b

Die nach § 300 Abs. 2 bestehende Möglichkeit, die Verpflichtung des Apothekers zur Übertragung des Arzneimittelkennzeichens durch Verträge der Krankenkassen mit den Organisationen der Apotheker auf Landesebene abzudingen, soll aus folgenden Gründen entfallen:

1. Die Regelung hat zu erheblichen Umsetzungsproblemen geführt. Eine Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene über die Verwendung des Arzneimittelkennzeichens ist bisher nicht zustande gekommen. Zwischen den Beteiligten, auch zwischen den verschiedenen Kassenarten, bestehen erhebliche Auffassungsunterschiede hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und ggf. der vertraglichen Ausgestaltung einer Abdingung. Insbesondere die bundesweit tätigen Ersatzkassen beurteilen die Abdingung im Hinblick auf die damit verbundene Möglichkeit regional unterschiedlicher Lösungen kritisch. Eine Fortsetzung des Verhandlungsprozesses auf der Ebene der Landesverbände würde zu einer in ihrer Dauer nicht absehbaren weiteren Verzögerung der Umsetzung der Transparenzregelungen für den Arzneimittelbereich führen. Das liegt auch nicht im Interesse der Apotheker, die eindeutige Vorgaben benötigen, um sich auf ihre kraft Gesetzes bereits bestehende Verpflichtung zur Übertragung des Arzneimittelkennzeichens einzustellen.
2. Die durch die Abdingungsmöglichkeit ausgelöste Diskussion hat verstärkt deutlich gemacht, daß nur bei Übertragung des Arzneimittelkennzeichens auf die Verordnungsblätter die Voraussetzungen für eine wirksame und wirtschaftliche Erfüllung einer Reihe von Aufgaben der Krankenkassen geschaffen werden, insbesondere
 - die Bereitstellung der für die Bildung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen nach § 84 notwendigen Datenbasis,
 - die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen bei Überschreitung von Richtgrößen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1),
 - die Durchführung von Zufälligkeitsprüfungen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2),
 - die Bereitstellung von Daten für gezielte Beratungen der Ärzte (§ 106 Abs. 5 Satz 2),
 - die Überprüfung der Beachtung der Negativliste (§ 34 Abs. 3), der Einhaltung der Festbetragsregelung (§ 35), der Regelung über die Abgabe preisgünstiger Importarzneimittel (§ 129 Abs. 1

Nr. 2) sowie der vorgesehenen Regelung über die prozentuale Zuzahlung (§ 31).

3. Die vorgesehene Information der Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen (§ 305) läßt sich mit vertretbarem Aufwand nur bei einer maschinellen Erfassung der verordneten Arzneimittel realisieren. Dafür ist das auf allen Verordnungsblättern aufgetragene Arzneimittelkennzeichen unabdingbar.

Zu Nummer 57 (§ 301)

Zu Absatz 1

Die den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten zu übermittelnden Angaben werden aus datenschutzrechtlichen Gründen enumerativ aufgeführt. Die Übermittlung der Daten ist erforderlich, um eine ordnungsgemäße Abrechnung mit den Krankenhäusern zu gewährleisten und die für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen, u. a. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2) und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenhäuser (§ 113), erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Zugleich wird klargestellt, welche Daten maschinenlesbar zu übermitteln sind.

Zu Absatz 2

Für die Verschlüsselung der Diagnosen wird, wie bei den niedergelassenen Ärzten (siehe Begründung zu § 295 Abs. 1), der vierstellige Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten vorgegeben. Der in manchen Krankenhäusern intern verwendete dreistellige Schlüssel ist wegen zu geringer Informationstiefe für die o. a. Aufgaben der Krankenkassen ungeeignet. Hinsichtlich der Benennung der Fachabteilungen wird auf die im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Angaben verwiesen. Für die Verschlüsselung der Operationen wird die für diesen Zweck anerkannte und erprobte Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin vorgegeben. Die Herausgabe einer deutschen Fassung dieser Klassifikation durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit ist vorgesehen. Den Zeitpunkt der Inkraftsetzung dieser Klassifikation gibt der Bundesminister für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt.

Zu Absatz 3

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und ihre Vertragspartner auf Seiten der Krankenhäuser werden beauftragt, das Nähere zur Übermittlung der Daten nach Absatz 1 und zum Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.

Zu Absatz 5

In Satz 1 wird die datenschutzrechtlich notwendige Klarstellung getroffen, daß der ermächtigte Krankenhausarzt befugt ist, die für die Abrechnung der von ihm erbrachten ambulanten Leistungen erforderlichen Unterlagen seinem Krankenhausträger zur Verfügung zu stellen. Materiellrechtlich folgt diese Pflicht, ohne die die gesetzlich vorgeschriebene Tätigkeitsabrechnung nach § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht durchgeführt werden kann, bereits aus dem Anstellungsverhältnis zwischen dem ermächtigten Arzt und dem Krankenhausträger als Dienstherrn oder Arbeitgeber. Satz 2 ermächtigt den Krankenhausträger, diese Abrechnungsunterlagen an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Eine dem § 120 Abs. 1 Satz 3 entsprechende Regelung wird für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen in § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung geschaffen (siehe Artikel 9 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe b). Auch insoweit ist datenschutzrechtlich eine Klarstellung geboten.

Zu Nummer 58 (§ 302)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird zur Verdeutlichung des Regelungsinhalts redaktionell angepaßt.

Zu Buchstabe b

In Absatz 1 wird klargestellt, daß entsprechend der für die anderen Leistungsbereiche geltenden Regelung neben der Versichertennummer weitere auf der Krankenversichertenkarte enthaltene Angaben (§ 291 Abs. 2) sowie die für die Abrechnung mit den Krankenkassen erforderlichen Leistungsdaten in den Abrechnungsbelegen maschinenlesbar enthalten sein müssen.

Zu Nummer 59 (§ 303)

Die Überschrift wird im Hinblick auf die zusätzlich eingefügten Regelungen angepaßt.

Zu Absatz 2

Durch die Regelung werden die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Unterstützung der Krankenkassen durch Arbeitsgemeinschaften nach § 219 bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2, der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhäuser nach § 113 sowie der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 geschaffen. Datenschutzrechtlich unbedenkliche Verfahren für die dabei vorgesehene reversible Anonymisierung der versichertenbezogenen Daten

sind in den vergangenen Jahren in mehreren Modellversuchen unter Beteiligung von Datenschutzbeauftragten der Länder erprobt worden.

Zu Absatz 3

Im Hinblick auf die große Bedeutung der Transparenzregelungen für eine dauerhafte Sicherung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der medizinischen Versorgung werden wirksame finanzielle Sanktionen für den Fall der Nichtbeachtung dieser Regelungen vorgesehen.

Zu Nummer 60 (§ 305)

Durch die Neuregelung werden die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Unterrichtung der Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und die damit verbundenen Kosten geschaffen. Dadurch wird dem Recht des Versicherten auf Information über die zu Lasten seiner Krankenkasse abgerechneten Leistungen Rechnung getragen; zugleich wird ein Beitrag zur Erhöhung des Kostenbewußtseins der Versicherten geleistet.

Zu Absatz 1

Das Verfahren der Unterrichtung der Versicherten wird dahingehend konkretisiert, daß erstmals für das Jahr 1994 eine Unterrichtung aller Versicherten erfolgen soll. Die Krankenkassen unterrichten dabei über die Leistungen, die sie direkt mit den Leistungserbringern abrechnen. Weitere Unterrichtungen erfolgen auf Anforderung des Versicherten.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht vor, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die Unterrichtung der Versicherten über die in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und ihre Kosten vornehmen. Wie bei der Unterrichtung durch die Krankenkassen erfolgen weitere Unterrichtungen der Versicherten auf Anforderung. Es wird klargestellt, daß die Anforderung an die Kassenärztliche Vereinigung zu richten ist; der Versicherte darf nicht darauf verwiesen werden, die Anforderung an den behandelnden Arzt zu richten.

Zu Nummer 61 (§ 310 Abs. 4)

Die Krankenkassen im Beitrittsgebiet hatten 1991 wegen fehlender Infrastruktur erheblich geringere Ausgaben für stationäre Vorsorgekuren und Rehabilitationsleistungen als die Krankenkassen-West. Deshalb wird ab 1993 ein fiktiver Ausgangswert gebildet, der einerseits die Verbesserung der Infrastruktur nicht behindert und andererseits überhöhte Ausgabensteigerungen vermeidet.

Zu Nummer 62 (§ 311)

Durch die Vorschrift wird bestimmt, daß die aufgrund der besonderen Situation in den neuen Bundesländern erforderlichen Ausnahmen von Altersgrenzen auch auf angestellte Ärzte erstreckt werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Die Änderung trägt der in § 97 des Sozialgerichtsgesetzes geschaffenen Möglichkeit Rechnung, die sofortige Vollziehung einer Aufsichtsverfügung anzuordnen. Um Aufsichtsmaßnahmen schnell wirken zu lassen, ist es geboten, sie alsbald durchsetzen zu können.

Zu Artikel 3 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Buchstabe a (§ 4 Abs. 3)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2 a und 2 b SGB V.

Zu Buchstabe b (§ 38 Satz 3)

Folgeänderung zu § 220 Abs. 4 SGB V.

Zu Buchstabe c (§ 51 a)

Folgeänderung zu § 264 a SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2 a und 2 b SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Kassenärzte)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Die Vorschrift trägt der Neuregelung in § 95 a SGB V Rechnung und gestaltet diese im einzelnen aus. Die Strukturierung der dreijährigen Weiterbildung wird dabei grundsätzlich den landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin überlassen. Lediglich die sich aus dem EG-Recht ergebenden Mindestvoraussetzungen für einzelne Abschnitte der Weiterbildung werden in § 3 Abs. 4 vorgegeben. § 3 Abs. 5 ermöglicht die Anrechnung entsprechender Abschnitte der Tätigkeit als Arzt im Praktikum.

Zu Nummer 2 (§ 16 b)

Die Vorschrift überträgt die Neuregelung des § 103 SGB V in die Zulassungsverordnung für Kassenärzte. Der Landesausschuß hat nach der Neuregelung von Amts wegen, nicht mehr nur auf Antrag tätig zu werden. Auch ist das bisherige Ermessen des Landesausschusses, nach Feststellung der Überversorgung tätig zu werden, in eine Verpflichtung umgewandelt worden.

Zu Nummer 3 (§ 16 c)

Folgeänderung der Neuregelung in § 104 Abs. 2 SGB V.

Zu Nummern 4 bis 6 (§§ 32 und 32 b)

Die Vorschriften eröffnen die Möglichkeit, daß der Kassenarzt künftig einen halbtagsbeschäftigten Arzt anstellen kann. Die Anstellung durch den Kassenarzt ist abhängig von der Genehmigung durch den Zulassungsausschuß.

§ 32 Abs. 1 Satz 4 trägt den Änderungen in § 3 Rechnung.

Zu Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte)**Zu Nummern 1 bis 4**

Die Vorschriften entsprechen den Neuregelungen der Zulassungsverordnung für Kassenärzte in den dortigen Nummern 2 bis 6.

Zu Artikel 7 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu Nummer 1 (§ 2)**

Der neue § 2 Nr. 5 enthält die Legaldefinition der pflegesatzfähigen Kosten, die bei der Bemessung der Pflegesätze berücksichtigt werden können (siehe zu Nummer 7).

Zu Nummer 2 (§ 4)

Nach geltendem Recht (§ 4 Satz 2) müssen die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken. Während sich die Höhe der öffentlichen Fördermittel in der Praxis nicht am Grundsatz der Selbstkostendeckung, sondern an den Finanzierungsmöglichkeiten der Länder orientiert, hat die Selbstkostendeckung im Bereich der Betriebskosten in Verbindung mit dem geltenden § 17 weitgehend die Erstattung der nachgewiesenen

Betriebskosten als nahezu automatische Folge bewirkt.

Einen Anreiz zur wirtschaftlichen Betriebsführung bietet diese Art der Kostenerstattung nicht. Die negativen Wirkungen des Selbstkostendeckungsprinzips sind zwar dadurch gemildert, daß seit 1985 die Kosten prospektiv zu kalkulieren sind und Gewinne wie Verluste in bestimmtem Umfang dem Krankenhaus verbleiben können. Die grundsätzliche Fehlsteuerung durch die Selbstkostendeckungsgarantie besteht aber nach wie vor.

Auch nach Aufhebung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes des § 4 Satz 2 sind die Krankenhäuser in angemessener Weise wirtschaftlich gesichert: Sie erhalten weiterhin öffentliche Fördermittel gemäß §§ 8, 9 und Erlöse aus den Pflegesätzen gemäß § 17 (siehe zu Nummer 7). Allerdings sind für die Pflegesätze nicht mehr die Kosten, sondern die Leistungen maßgeblich.

Die Leistungen eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses werden weiterhin honoriert, ohne daß ein Krankenhaus, das das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V beachtet, mit Verlust arbeiten müßte. Deshalb wird weder die Trägerpluralität oder die flächendeckende Versorgung gefährdet noch werden die Krankenhauspläne der Länder berührt. Es entfällt lediglich die Automatik zwischen den nachgewiesenen Selbstkosten und deren Erstattung über die Pflegesätze. Die Krankenhäuser erhalten weiterhin eine leistungsgerechte Vergütung bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

Die gesetzliche Verpflichtung der Länder, ausreichend Fördermittel zur Deckung der notwendigen Investitionskosten bereitzustellen, bleibt unberührt.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz läßt für den Einsatz von privatem Kapital zur Finanzierung von Investitionskosten folgende Finanzierungsarten zu: zum einen die Darlehensaufnahme durch den Krankenhausträger mit Übernahme des Schuldendienstes durch das Land und zum anderen die private Finanzierung der Investitionskosten ohne Beteiligung des Landes. Die erste Alternative wird wegen der langfristigen Verschuldung nur in Ausnahmefällen praktiziert; die Länder bevorzugen als wirtschaftlicheren Mitteleinsatz die Förderung über sog. Barmittel. Die zweite Alternative ist ebenfalls nur von geringer praktischer Bedeutung. Zwar können im Pflegesatz grundsätzlich die gesamten privaten Investitionskosten berücksichtigt werden; der danach festgelegte Pflegesatz darf aber nach § 17 Abs. 5 den Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern nicht in voller Höhe, sondern nur in Höhe des niedrigeren, Investitionskosten nicht enthaltenden Pflegesatzes des vergleichbaren öffentlich geförderten Krankenhauses in Rechnung gestellt werden. Eine Finanzierung der Investitionskosten über den Pflegesatz ist deshalb regelmäßig nur zu einem geringen Anteil zulässig, soweit nämlich das nicht geförderte Krankenhaus seine Leistungen wirtschaft-

licher als das vergleichbare geförderte Krankenhaus erbringen kann.

Um einen größeren Anreiz für private Investitionen zu schaffen und zugleich die öffentlichen Haushalte zu entlasten, wird durch die Änderung — ausgehend von der Alternative 2 — eine Mischform der Investitionsfinanzierung für Plankrankenhäuser für Einzelfälle zugelassen: Neben die geförderten und die nicht geförderten Krankenhäuser treten die teilweise öffentlich geförderten Krankenhäuser. Voraussetzung ist eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem Land und dem Krankenhausträger. Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Pflegesatzparteien ist wegen der vorgesehenen Pflegesatzrelevanz der Vereinbarung (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e — Anpassung des § 17 Abs. 5) anzustreben. Wird eine Vereinbarung nicht geschlossen, sind die Länder zur vollen Investitionsfinanzierung von Plankrankenhäusern verpflichtet.

Die Neuregelung ermöglicht z. B. eine Investitionsförderung durch das Land in Höhe von 80 % Die Kosten der Restfinanzierung fließen dann über § 17 Abs. 5 n. F. in die Abrechnung der Krankenhausleistungen gegenüber den Sozialleistungsträgern bis zur sog. Kappungsgrenze (Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser) ein. Da der Krankenhausträger nicht mit der vollen Investitionsfinanzierung, sondern nur mit der Restfinanzierung belastet ist, können im Einzelfall die restlichen Investitionskosten — abhängig von der Höhe der Restfinanzierung und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses — gemäß § 17 Abs. 5 n. F. bis zur vollen Höhe abrechnungsfähig sein.

Die neue Mischform der Investitionsfinanzierung ist insbesondere für die neuen Bundesländer von Bedeutung, wo der vermehrte Einsatz von privatem Kapital zum Abbau des investiven Nachholbedarfs beitragen wird.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Die Anbindung der Förderpauschalen für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und die Durchführung kleiner baulicher Maßnahmen an die Bettenzahl ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht vorgegeben. Die Bundesländer haben aber in ihren Krankenhausgesetzen nahezu ausnahmslos die Pauschale ausschließlich auf das in den Krankenhausplan aufgenommene Bett bezogen.

Der gebotene Abbau nicht bedarfsnotwendiger Planbetten würde deshalb zu finanziellen Einbußen der Krankenhausträger führen, deren Widerstand aber häufig die Bettenreduzierung verhindert.

Im Hinblick auf die primäre Zuständigkeit der Länder wird kein bettenneutrales Bemessungskriterium bundesweit vorgegeben. Die Landesgesetzgeber sind aber aufgefordert, im Rahmen ihrer Förderhoheit neue Kriterien festzulegen, die den Abbau überflüssiger Krankenhausbetten nicht behindern.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neu gefaßten § 122 SGB V (siehe Artikel 1 zu Nummer 32).

Zu Nummer 6 (§ 16)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips (siehe zu Nummer 2) und zur Definition der pflegesatzfähigen Kosten in dem neuen § 2 Nr. 5 (siehe zu Nummer 1).

Zu Nummer 7 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Der neu gefaßte Absatz 1 trägt der Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung Rechnung (siehe zu Nummer 2). Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Der Umfang des Versorgungsauftrags ist mit Gegenstand der Pflegesatzvereinbarung. Das Krankenhaus muß sich hinsichtlich der Höhe der Pflegesätze auch an den Leistungen und Pflegesätzen vergleichbarer Krankenhäuser messen lassen. Den medizinischen Erfordernissen, insbesondere auch dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung, muß Rechnung getragen werden. Die nähere Ausgestaltung ist in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 zu regeln (siehe § 17 Abs. 2a). Für die Ermittlung der Pflegesätze wird die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 SGB V) verbindlich. Beitragssatzerhöhungen sind nach § 141 Abs. 2 SGB V nicht grundsätzlich ausgeschlossen; sie sind vielmehr dann zulässig, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist. Bei der Abwägung der in § 141 Abs. 2 SGB V genannten Kriterien sind insbesondere der Versorgungsauftrag (vgl. § 109 Abs. 4 SGB V) und die zu seiner Erfüllung ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen angemessen zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Die im Krankenhausbereich vorgesehenen strukturellen Maßnahmen werden nicht kurzfristig zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Für die Übergangsphase von 1993 bis 1995 wird deshalb zur Sicherung der Beitragssatzstabilität eine Höchstgrenze für die Budgets der einzelnen Krankenhäuser gesetzlich festgelegt. Die Regelung des festen Budgets für 1993 bis 1995 im einzelnen erfolgt durch die Änderung der Bundespflegesatzverordnung (siehe Artikel 8 Absatz 1 und 2).

Zu Buchstabe c

In dem neuen Absatz 2 a wird vor allem vorgeschrieben, daß die Bundesregierung in der Bundespflegegesetzverordnung spätestens zum 1. Januar 1996 Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte zu bestimmen hat. Der Begriff „pauschalierte Sonderentgelte“ macht deutlich, daß die Festlegung der Höhe des Entgelts nicht — wie bisher — nach den krankenhaushausindividuellen Kosten erfolgt, sondern landesweit vereinbart wird (§ 18 Abs. 3 Satz 3). Sonderentgelte sollen dann auch für die teilstationäre Behandlung festgelegt werden, um den Grundsatz des Vorrangs der teilstationären Behandlung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Artikel 1 Nummer 8) zu fördern.

Dies ist der Einstieg in ein leistungsorientiertes pauschaliertes Entgeltsystem im Krankenhausbereich, das so schnell und so weitgehend wie möglich eingeführt werden und die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten motivieren soll. Die Zahl der Sonderentgelte und Fallpauschalen ist nicht beschränkt. Krankenhausleistungen, für die noch keine Sonderentgelte oder Fallpauschalen festgelegt werden können, werden künftig mit differenzierten Pflegesätzen abgerechnet. Der bisherige einheitliche Pflegesatz wird aufgeteilt in einen Basispflegesatz, einen Pflegesatz für ärztliche Leistungen und einen Pflegesatz für pflegerische Leistungen. Hierdurch werden die unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser transparenter gemacht.

Für die Zwecke der Pflegesatzverhandlungen ist das voraus kalkulierte Budget gegenüber den Krankenkassen zur Erhöhung der Transparenz abteilungsbezogen aufzugliedern. Die Vereinbarung von Abteilungs pflegesätzen ist nicht vorgeschrieben.

*Zu Buchstabe d**Zu Doppelbuchstabe aa*

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu der neuen Mischform der Investitionsfinanzierung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 (siehe zu Nummer 3).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neuen § 18b (siehe zu Nummer 9). Sie stellt klar, daß die Kosten der Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen pflegesatzfähige Kosten sind. Zu den Kosten der Finanzierung gehören Zins- und Tilgungsbeträge sowie z. B. Gebühren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Klarstellung des Gewollten. Die Regelung des Absatzes 4 gilt im Falle der vollen

Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils (siehe auch § 14 Abs. 1 Satz 1 BpflV). Die Klarstellung ist zur Abgrenzung erforderlich geworden, weil nunmehr die teilweise öffentliche Förderung, bezogen auf das gesamte Krankenhaus, durch eine Vereinbarung nach § 8 Abs. 1 Satz 2 zugelassen wird (siehe zu Nummer 3).

Zu Buchstabe e

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu dem neuen § 8 Abs. 1 Satz 2, wonach die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren können (siehe zu Nummer 3). Die sog. Kappungsgrenze des § 17 Abs. 5 Satz 1 (Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser) wird wegen der Zulassung von Verträgen nach § 8 Abs. 1 Satz 2 künftig von erhöhter Bedeutung sein. Deshalb ist vorgesehen, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen insbesondere Maßstäbe für den — auch länderübergreifenden — Vergleich der Krankenhäuser vereinbaren; die Vereinbarung soll die Anwendung von § 17 Abs. 5 Satz 1 erleichtern, ohne allerdings insoweit zwingende Voraussetzung zu sein. Kann bei teilweiser Investitionsförderung ein vergleichbares Krankenhaus nicht ermittelt werden, auch nicht durch Anrufung der Schiedsstelle nach § 18 Abs. 4 Satz 2 (siehe zu Nummer 8 Buchstabe d), dürfen die eigenen Investitionskosten nur berücksichtigt werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben.

Da die Sozialleistungsträger die Hauptkostenträger sind, wird bei den nicht und den nur teilweise geförderten Krankenhäusern überwiegend der verminderte Pflegesatz abgerechnet werden. Dieser Pflegesatz steht in der Praxis im Vordergrund und bedarf deshalb der Vereinbarung oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle und der Genehmigung durch die Landesbehörde.

Zu Nummer 8 (§ 18)*Zu Buchstabe a*

Das bisherige Recht wird unter ausdrücklicher Einbeziehung der Ersatzkassen übernommen.

Zu Buchstabe b

Auch nach Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips (siehe zu Nummer 2) sind die Kosten- und Leistungsnachweise für die Ermittlung der Pflegesätze von Wert. Die Änderung trägt aber der verringerten Bedeutung der Kosten Rechnung.

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 17 Abs. 2 a (siehe zu Nummer 7 Buchstabe c). Die Höhe der Entgelte wird auf der Landesebene vereinbart.

Zu Buchstabe d

Nach § 17 Abs. 5 (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e) ist für die Pflegesatzbegrenzung bei nicht oder nur teilweise öffentlich geförderten Krankenhäusern auf die Pflegesätze vergleichbarer voll geförderter Krankenhäuser abzustellen. Die Rechtsfolge, wonach nur der verminderte Pflegesatz gefordert werden kann, ergibt sich zwar unmittelbar aus dem Gesetz. Nicht selten ist aber die Vergleichbarkeit umstritten, und zwar bei Einigung im übrigen. Die Änderung trägt dem Bedürfnis Rechnung, die Frage der Vergleichbarkeit isoliert der Schiedsstelle vorlegen zu können.

Zu Nummer 9 (§ 18b)

Nach dem im Krankenhausbereich grundsätzlich geltenden Prinzip der „dualen Finanzierung“ werden Investitionen durch Fördermittel der Länder finanziert. Als Ausnahme ist den Krankenkassen in § 18b die Möglichkeit eröffnet worden, Investitionsverträge zur Finanzierung von pflegesatzentlastenden Investitionen abzuschließen. Diese Möglichkeit ist bisher nicht ausgeschöpft worden.

Zu Buchstabe a

Die Sätze 1 und 2 verpflichten deshalb die Vertragsparteien zum Abschluß eines Investitionsvertrages, wenn eine Rationalisierungsinvestition das Budget des Krankenhauses und damit auch die Krankenkassen entlastet. Voraussetzung ist, daß die erreichbare Senkung der Betriebskosten so hoch ist, daß damit die Investitions- und Finanzierungskosten in spätestens fünf Jahren gedeckt werden können und zusätzlich das Budget entlastet wird. Die Entlastung kann in oder nach dem Zeitraum von fünf Jahren erfolgen. Durch diese Einschränkungen werden Investitionsverträge auf Vorhaben begrenzt, die zu einer relativ hohen Entlastung der Betriebskosten beitragen. Soweit ein Investitionsvorhaben diese Kriterien nicht erfüllt, kann der Krankenhausträger prüfen, ob eine private Finanzierung über § 17 Abs. 5 möglich ist.

Das Krankenhaus hat eine entsprechende Berechnung über die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme vorzulegen. Satz 3 bestimmt, daß die Vertragsparteien grundsätzlich an die zugrunde gelegten Annahmen gebunden sind. Treten die Einsparungen nicht in der erwarteten Höhe ein, so hat das Krankenhaus daraus entstehende Unterdeckungen zu tragen; Budget und Pflegesatz werden nicht verändert. Sind die Einsparungen höher als erwartet, verbleiben die Überschüsse ebenfalls dem Krankenhaus. Diese Regelung ist auf den Amortisationszeitraum begrenzt. Sie gilt nicht, soweit die angenommenen Rationalisierungs-

wirkungen deshalb nicht eintreten, weil vom Krankenhaus nicht zu beeinflussende Preisentwicklungen, z. B. bei der Energieversorgung, dies verhindern.

Nach Satz 4 ist zur Beurteilung, ob ein Vorhaben den Voraussetzungen nach Satz 2 entspricht, das Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen einzuholen; darauf kann verzichtet werden, soweit die Wirkung der Rationalisierungsmaßnahme zwischen den Vertragsparteien unstrittig ist. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, entscheidet nach Satz 5 die Schiedsstelle.

Über Investitionsverträge dürfen deshalb nur echte Rationalisierungsinvestitionen finanziert werden, nicht jedoch die Anschaffung oder Wiederbeschaffung von z. B. medizinisch-technischen Geräten. Insbesondere in den Bereichen der Wasser- und Energieversorgung, Wäscheversorgung und Küchenversorgung bestehen erhebliche Einsparungsmöglichkeiten durch Rationalisierungsinvestitionen.

Investitionsverträge werden insbesondere in den neuen Bundesländern dazu beitragen, kurzfristig Mittel bereitzustellen.

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 2 berührt der Abschluß von Investitionsverträgen nicht die Verpflichtung des Landes, genügend Fördermittel zur Finanzierung der Investitionskosten bereitzustellen. Die Streichung der Verweisung „§ 4 und“ ergibt sich aus der Streichung des § 4.

Zu Buchstabe c

Die bisher nach Absatz 2 Satz 2 erforderliche Zustimmung des Landes zu den Investitionsverträgen entfällt, da durch die Begrenzung auf Rationalisierungsinvestitionen die Krankenhausplanung des Landes nicht berührt und zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. Aus dem gleichen Grunde entfällt auch die bisher in Absatz 3 vorgesehene Regelung, daß Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen durch Landesrecht bestimmt wird.

Zu Nummer 10 (§ 20)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 17 Abs. 5 Satz 1 an (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e).

Zu Nummer 11 (§ 21)

Durch die geltende Sonderregelung des § 25 für die neuen Bundesländer ist — im Hinblick auf die sehr unterschiedliche Kostensituation in den neuen Ländern einerseits und in den alten Ländern andererseits — gegenüber § 17 Abs. 5 Satz 1 klargestellt worden, daß nur Krankenhäuser in den neuen Ländern untereinander verglichen werden dürfen. Die Sonderregelung ist in § 21 Abs. 2 Satz 2 bis zum

31. Dezember 1993 befristet worden. Da die unterschiedliche Kostensituation voraussichtlich darüber hinaus andauern wird, wird nunmehr die Geltungsdauer des § 25 um weitere zwei Jahre verlängert. Im übrigen gelten die weiteren Regelungen in § 17 Abs. 4 Satz 2 bis 5 (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e) unmittelbar und sofort auch für die Krankenhäuser in den neuen Ländern.

Zu Nummer 12 (§ 25)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 17 Abs. 5 Satz 1 an (siehe zu Nummer 7 Buchstabe e).

Zu Artikel 8 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Die Änderungen der Bundespflegesatzverordnung stehen weitgehend in Zusammenhang mit der Begrenzung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1993 bis 1995 und haben insoweit Übergangscharakter. Eine durchgehende Neuregelung erfolgt mit der Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Zu Absatz 1

Die folgenden Regelungen zur Bundespflegesatzverordnung gelten nur für die Kalenderjahre 1993 bis einschließlich 1995. In diesem Zeitraum dürfen nach § 17 Abs. 1 a KHG die Budgets und die Pflegesätze der Krankenhäuser grundsätzlich nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. In der Folge werden nach § 17 Abs. 2 a KHG Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte eingeführt. Nach Absatz 2 treten die Regelungen des Absatzes 1 bereits im Jahr 1995 für die Krankenhäuser außer Kraft, die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach dem dann geltenden, neuen Recht vereinbaren.

Zu Nummer 1

Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Mit der Bundespflegesatzverordnung von 1985 wurde die „flexible Budgetierung“ eingeführt. Das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget bestimmt seitdem die Höhe der Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der Pflegesatz, der mit den Krankenkassen abgerechnet wird, hat nur noch die Funktion einer Abschlagszahlung (Verrechnungsgröße), mit der das Budget auf die Krankenkassen verteilt wird. Bei der flexiblen Budgetierung wird das vereinbarte Budget anteilig mit 25 % angepaßt, wenn die Belegung des Krankenhauses im Pflegesatzzeitraum steigt oder sinkt. Der neue § 4 führt dagegen ein

„festes Budget“ ein, das nicht an eine veränderte Belegung angepaßt wird.

Zu Absatz 1

Satz 1 greift die Vorschrift des § 17 Abs. 1 a KHG auf, nach der in den Jahren 1993 bis einschließlich 1995 die Budgets und die Pflegesätze höchstens mit der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen erhöht werden dürfen.

Zu Absatz 2

Berechnungsgrundlage für die Steigerung der Budgets in den Folgejahren ist das Budget des Jahres 1992 entsprechend Abschnitt K 4.2 lfd. Nr. 4 des Kosten- und Leistungsnachweises.

Dieses ist nach Satz 2 (Nummer 1) Buchstabe a um die darin enthaltenen Ausgleichs- und Berichtigungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume nach Abschnitt K 4.1 des Kosten- und Leistungsnachweises zu bereinigen. Nach Buchstabe b sind auch die im Budget des Jahres 1992 berücksichtigten kalkulatorischen Ausgleichs für den Wahlärztabschlag nach Abschnitt K 5.2 lfd. Nr. 7 des Kosten- und Leistungsnachweises zu bereinigen (Faktor -0,05), weil künftig der Pflegesatzabschlag für wahlärztliche Leistungen (§ 8 Satz 1 Nr. 2 BpflV) entfällt. Nach Buchstabe c sind die von den Krankenkassen im Budget 1992 akzeptierten Instandhaltungskosten für größere, gesondert vereinbarte Maßnahmen aus diesem Budget herauszunehmen, sobald die Finanzierung der Maßnahme abgeschlossen ist.

Satz 3 (Nummer 2) bestimmt, daß das Budget des Basisjahres 1992 entsprechend dem bis zum 31. Dezember 1992 geltenden § 4 berichtigt wird. Durch diese Berichtigungen werden Schätzfehler der Vertragsparteien bei der prospektiven Vereinbarung des Budgets korrigiert. Buchstabe a schreibt als Ausgangsbasis 1992 das „flexible Budget“ vor, das nach dem geltenden § 4 Abs. 1 Satz 2 gegenüber dem vereinbarten Budget anteilig um 25 % an eine eingetretene, höhere oder niedrigere Belegung angepaßt worden ist. Nach Buchstabe b wird das Budget aufgrund einer nicht zutreffend geschätzten Tariflohn-erhöhung sowie einer Neuvereinbarung des Budgets korrigiert.

Werden Budgets für vom Kalenderjahr abweichende Pflegesatzzeiträume vereinbart, so sind nach Satz 4 zur Berechnung des Ausgangsbudgets 1992 (Berechnungsgrundlage) die auf das Kalenderjahr 1992 entfallenden Anteile der Budgets zu ermitteln, die im Jahr 1992 gegolten haben. Die Budgetanteile sollen sachgerecht ermittelt werden, d. h. unter Berücksichtigung von Höhe und Wirkungsdauer darin enthaltener Veränderungen von z. B. Leistungsangebot, Kostenstrukturen, Tariflohn-erhöhungen und Zahl der Personalstellen. Dabei ist bei dem geltenden prospektiven Verhandlungsprinzip der Inhalt der jeweiligen Budgetvereinbarung zu berücksichtigen, nicht die tatsächlich im Krankenhaus eingetretene Situation.

Satz 5 bestimmt die Berechnungsgrundlage für Krankenhäuser, die erstmals in Betrieb genommen werden. Eine Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen ist erst dann möglich, wenn ein Budget vorliegt, das den ganzjährigen vollen Betrieb beinhaltet.

Geht ein Teil eines Krankenhauses erstmals in Betrieb, wird durch Satz 6 nur der Budgetanteil nicht an das Basisjahr 1992 gebunden, der auf diesen Teil des Krankenhauses entfällt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 schreibt vor, wie die Budgetobergrenze zu ermitteln ist.

Zu Nummer 1

Nummer 1 regelt die jährliche Fortschreibung des Basisbudgets des Jahres 1992. Für die Ermittlung der Budgetobergrenze wird das Budget um die tatsächlich eintretende Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen erhöht. Diese wird nach § 270 SGB V ermittelt und nach § 270a SGB V durch den Bundesminister für Gesundheit für das Vorjahr festgestellt. Zur Vorauschätzung dieser Veränderungsrate im Rahmen der Budgetverhandlung sowie zum erforderlichen Ausgleich nach Absatz 6 Satz 2 vgl. die Begründung zu Absatz 6.

Zu Nummer 2

Nummer 2 schreibt vor, welche Tatbestände bei der Ermittlung der Budgetobergrenze zusätzlich zu berücksichtigen sind.

Nach Buchstabe a ist ab dem 1. Januar 1993 der nach § 13 Abs. 3 Nr. 6 BpflV erhöhte Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen bei der Vereinbarung des Budgets zu berücksichtigen. Insbesondere in den Jahren 1994 und 1995 kann es sich in Ausnahmefällen — bei einem Rückgang der Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen — auch um einen geringeren Betrag handeln. Buchstabe a bestimmt für die Ermittlung der Budgetobergrenze, daß jeweils die Differenz zwischen den im Pflegesatzzeitraum abzusetzenden Kostenabzügen und den in der Berechnungsgrundlage (Kalenderjahr 1992) enthaltenen Kostenabzügen zu berücksichtigen ist. Die im Budget 1992 enthaltenen Kostenabzüge sind nach dem bisherigen § 13 Abs. 3 Nr. 6 in Verbindung mit Abschnitt K 5.2 lfd. Nr. 7 des Kosten- und Leistungsnachweises zu ermitteln (Faktor +0,06). Bei der vorgegebenen Differenzrechnung werden automatisch die Kostenabzüge, die 1992 in die Sonderentgelte kalkuliert wurden, berücksichtigt; in den Jahren 1993, 1994 und 1995 werden die Kostenabzüge ausschließlich über das Budget verrechnet. Der Betrag für den neuen Pflegesatzzeitraum kann zum Zeitpunkt der Pflegesatzverhandlungen nur vorausgeschätzt werden; dabei auftretende Schätzfehler werden nach Absatz 6 berichtet.

Buchstabe b bestimmt, daß die Kosten aufgrund der neuen Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung die Budgetobergrenze erhöhen. Die Kosten sind für das einzelne Krankenhaus unabhängig von dem Betrag nach Buchstabe a zu berücksichtigen. Ihre Finanzierung wird damit trotz der grundsätzlichen Begrenzung der Budgets sichergestellt. Da mit der Pflege-Personalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung eine leistungsorientierte Personalbemessung eingeführt wird, kann in Ausnahmefällen eine Absenkung der Budgetobergrenze erforderlich werden. Die Pflege-Personalregelung gilt für die Leistungen des Pflegepersonals, die im Rahmen von Fallpauschalen vergütet werden, als Kalkulationsgrundlage.

Nach Buchstabe c wird die Budgetobergrenze für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in Höhe der pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten heraufgesetzt, die ab dem 1. Januar 1994 auch dort — wie schon bisher in den alten Bundesländern — nicht mehr über erhöhte Fördermittelpauschalen der Länder finanziert werden.

Buchstabe d ermöglicht die Erhöhung des Budgets für den Fall, daß eine bisher bestehende Vereinbarung zur Abrechnung von Sonderentgelten außerhalb des Budgets ganz oder zum Teil nicht mehr verlängert wird. Im Hinblick auf den geänderten § 6 Abs. 3 ist eine solche Veränderung kostenneutral.

Buchstabe e ermöglicht in eng begrenzten Fällen die Berücksichtigung von Strukturänderungen. Voraussetzung ist, daß diese Veränderung des Leistungsangebots nach Maßgabe der Krankenhausplanung durch das Land rechtsverbindlich festgelegt worden ist und die Krankenkassen zugestimmt haben.

Zu Absatz 4

Satz 1 schreibt vor, daß bei der Vereinbarung des prospektiven Budgets die Vorgaben nach Absatz 3 zu beachten sind; außerdem soll leistungsorientiert verhandelt werden.

Satz 2 bestimmt, daß Gewinne oder Verluste aus dem pflegesatzfähigen Bereich nicht ausgeglichen, d. h. im Rahmen des neuen Budgets nicht verrechnet werden. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus jedoch nur, soweit es seinen Versorgungsauftrag erfüllt hat; mit dieser Einschränkung soll verhindert werden, daß Gewinne durch medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsminderungen erzielt werden.

Satz 3 verhindert, daß in dem Zeitraum von 1993 bis 1995 Wirtschaftlichkeitserfolge des Krankenhauses durch die Vereinbarung eines niedrigeren Budgets im Folgejahr abgeschöpft werden; das Krankenhaus soll diesen Vorteil behalten. Der bei dem bisherigen Selbstkostendeckungsprinzip eintretende „Kellertreppeneffekt“ soll vermieden werden. Damit sollen in den Krankenhäusern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten sowie zusätzliche Finanzierungsspielräume gegeben werden.

Nach Satz 4 sollen für die Jahre 1993 bis 1995 Budgets vereinbart werden, die der Budgetobergrenze nach

Absatz 1 und 3 entsprechen. Nach der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips sollen die Krankenhäuser während des ganzen Zeitraums der begrenzten Budgeterhöhungen die Möglichkeit erhalten, Gewinne aus einer verbesserten Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Die Krankenkassen sollen diese Gewinne nicht durch Absenkung der folgenden Budgets verhindern. Ein Budget unterhalb der Budgetobergrenze soll jedoch dann vereinbart werden, wenn dies aufgrund vorhersehbarer, wesentlicher Änderungen in der Leistungsstruktur oder der Leistungsmenge erforderlich ist. Der letzte Halbsatz stellt klar, daß Verweildauerverkürzungen und eine deshalb verringerte Zahl der Berechnungstage keine Verringerung der Krankenhausleistung ist.

Nach Satz 5 kann die nach Absatz 3 ermittelte Budgetobergrenze auch dann ausgeschöpft werden, wenn für ein vorhergehendes Kalenderjahr ein Budget unterhalb dieser Grenze vereinbart wurde. Diese Regelung kann die Vereinbarung eines niedrigeren Budgets erleichtern, weil das Krankenhaus nicht befürchten muß, für die folgenden Pflegesatzzeiträume auf diese niedrigere Basis festgelegt zu sein. Voraussetzung für eine Budgeterhöhung ist jedoch, daß ihr eine entsprechende Änderung der Krankenhausleistungen gegenübersteht.

Satz 6 schreibt vor, daß die nach dem bisher geltenden § 4 vorgeschriebenen Ausgleiche und Berichtigungen für das Jahr 1992 über das Budget für das Jahr 1993 verrechnet werden.

Satz 7 stellt klar, daß durch die Budgetobergrenze lediglich der Teil des Budgets begrenzt wird, der aufgrund der Kosten- oder Leistungssituation im Pflegesatzzeitraum vereinbart wird. Budgetanteile für notwendige Verrechnungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt; sie führen dazu, daß das vereinbarte Budget unterhalb oder oberhalb der Budgetobergrenze liegen kann.

Zu Absatz 5

Das Krankenhaus hat Anspruch auf das vereinbarte Budget. Reichen die Abschlagszahlungen aufgrund der vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Pflegesätze nicht aus, um den Budgetbetrag zu finanzieren, sind die Mindererlöse von den Krankenkassen nachzuzahlen. Wird der Budgetbetrag dagegen überschritten, muß das Krankenhaus die Mehrerlöse zurückzahlen.

Satz 1 schreibt im Gegensatz zur bisherigen „flexiblen Budgetierung“ einen vollen Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse vor. Dadurch wird der vereinbarte Budgetbetrag auch bei einer veränderten Belegung eingehalten (festes Budget). Das Krankenhaus muß mit dem vereinbarten Budget oder der vorgegebenen Budgetobergrenze auskommen; hierdurch entsteht ein starker Druck, Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu ergreifen. Andererseits erhalten Krankenhäuser, die die Verweildauer verkürzen, den vollen Budgetbetrag und damit die Möglichkeit, Überschüsse zu erzielen.

Da eine Verrechnung der Ausgleichsbeträge — wie bisher — nur über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes möglich ist, stellt Satz 2 klar, daß bereits Teilbeträge verrechnet werden können, wenn eine endgültige Berechnung des Ausgleichsbetrages zum Zeitpunkt der Verhandlungen noch nicht möglich ist.

Zu Absatz 6

Satz 1 stellt klar, daß die Vertragsparteien an das Budget gebunden sind.

Zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung, in der Regel im Herbst des Jahres, kann die tatsächliche Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, die für die Budgetobergrenze des folgenden Jahres maßgeblich ist, nur vorausgeschätzt werden. Zur weiteren Orientierung wird der Bundesminister für Gesundheit im Februar eine Vorausschätzung für das laufende Kalenderjahr im Bundesanzeiger bekanntgeben (§ 270a SGB V). Die tatsächlich eingetretene Erhöhung wird ebenfalls dort veröffentlicht.

Satz 2 schreibt vor, daß Abweichungen zwischen der Schätzung der Vertragsparteien und der tatsächlich eintretenden Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen berichtigt werden.

Der Budgetvereinbarung liegt in der Regel eine Einigung über Zahl und Art der Personalstellen zugrunde. Die Personalkosten ergeben sich danach aufgrund der Tarifgehälter. Für Krankenhäuser, für die eine Korrektur nach Satz 2 nicht möglich ist, bestimmt Satz 3 deshalb, daß Fehlschätzungen der bei Vertragsabschluß noch nicht bekannten Tarifierhöhungen — wie bisher — auszugleichen sind, soweit die Budgetobergrenze dadurch nicht überschritten wird. Ein Ausgleich ist notwendig, da die zum Teil erheblichen Fehlschätzungen bei einem Personalkostenanteil von durchschnittlich 67 % grundsätzlich nicht durch betriebliche Gegenmaßnahmen des Krankenhauses aufgefangen werden können.

Nach Satz 4 ist der Berichtigungsbetrag so früh wie möglich über ein nachfolgendes Budget zu verrechnen.

Satz 5 gibt den Vertragsparteien die bereits nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, im voraus einen Wagniszuschlag zu vereinbaren und dafür auf eine spätere Berichtigung der Fehlschätzungen zu verzichten.

Zu Absatz 7

Zur Ermittlung des Kostenabzugs für wahlärztliche Leistungen müssen für den Pflegesatzzeitraum auch die Einnahmen aus diesen Leistungen vorkalkuliert werden. Da die tatsächlich berechneten Gebühren zu berücksichtigen sind (§ 13 Abs. 3 Nr. 6), schreibt Absatz 7 vor, daß Schätzfehler berichtigt werden.

Zu Absatz 8

Absatz 8 ist eine Ausnahmeregelung, von der in der Praxis nur Gebrauch gemacht werden kann, wenn wesentliche unvorhersehbare Änderungen das vereinbarte Budget insgesamt in Frage stellen. Zur Vereinbarung eines geänderten Budgetbetrages kommt es nur dann, wenn sich beide Vertragsparteien darauf einigen. Erzielen sie keine Einigung, entscheidet die Schiedsstelle. Ein Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist so bald wie möglich durch entsprechend veränderte Pflegesätze zu verrechnen. Soweit dies aufgrund einer zu kurzen Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums nicht möglich oder angemessen ist, wird der Restbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums verrechnet.

Zu Absatz 9

Absatz 9 schreibt vor, daß nach dem derzeit geltenden Recht vereinbarte Budgets an die neuen Vorschriften anzupassen sind, soweit sie für das Jahr 1993 vereinbart wurden.

Zu Nummer 3 (§ 6 Abs. 3)

Satz 1 verhindert für den Zeitraum von 1993 bis 1995 eine Ausweitung der Sonderentgeltregelung auf neue Leistungsarten und damit die Möglichkeit, auf diesem Wege die Begrenzung des Budgetbereiches aufzuweichen.

Satz 2 bestimmt, daß die für das Kalenderjahr 1992 vereinbarte Vergütung nicht stärker erhöht werden darf, als dies für den Budgetbereich gilt. Die Sonderentgelte des Jahres 1992 sind zu bereinigen um den nach Abschnitt K 6.3 lfd. Nr. 2 des Kosten- und Leistungsnachweises einkalkulierten Wahlarztabschlag und den Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen (Faktor + 0,01). Der Kostenabzug wird künftig allein über das Budget verrechnet (vgl. zu Nummer 2: § 4 Abs. 3 Nr. 2a).

Der Bereich der Sonderentgelte wird nicht in das Budget einbezogen. Die Höhe der Vergütung wird jedoch entsprechend dem Budgetbereich begrenzt. Die Leistungsmenge je Sonderentgelt wird nicht festgeschrieben. Eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität der Krankenkassen ist nicht zu befürchten, da die Leistungen nach § 6 nicht beliebig vermehrbar sind und über Sonderentgelte derzeit lediglich etwa 3 % der pflegesatzfähigen Krankenhauskosten abgerechnet werden.

Satz 3 schreibt die nachträgliche Berichtigung von Sonderentgeltvereinbarungen vor, wenn die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen falsch geschätzt wurde (vgl. zu Nummer 2: § 4 Abs. 6 Satz 2 und 3). Die Berichtungsbeträge sind nicht über die Sonderentgelte, sondern über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes zu verrechnen. Durch diese Regelung sollen irritierende Veränderungen der Höhe der Sonderentgelte vermieden werden; das Budget wird

durch die Verrechnungsbeträge nur unmerklich beeinflusst.

Zu Nummer 4 (§ 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6)

Folgeänderung.

Zu Nummer 5 (§ 17 Satz 2 erster Halbsatz)

Die Vorschrift wird redaktionell an die neuen Regelungen angepaßt.

Zu Nummer 6 (§ 21 Abs. 2)

Die Vorschrift bindet die Erlöse derjenigen Krankenhäuser an die Entwicklung der Budgetobergrenze nach § 4 Abs. 1, die mit den Krankenkassen abweichende Entgeltregelungen vereinbart haben, z. B. Modellvorhaben mit Fallpauschalen. Die Regelung begünstigt Verkürzungen der Verweildauer. Je nach Vereinbarung und Inhalt des Modellvorhabens haben die Vertragsparteien die Vorgaben des § 4 Abs. 1 und 3 entsprechend umzusetzen.

Zu Nummer 7 (Anlage 1)

Die Novellierung des Verordnungstextes führt im Kosten- und Leistungsnachweis der Krankenhäuser zu Folgeänderungen.

Die Vorschriften der Buchstaben a bis c und e Doppelbuchstabe aa passen verschiedene Verweisungen und Zeilenbezeichnungen an.

Buchstabe d fügt eine zusätzliche Zeile ein, in der die Kostenabzüge für wahlärztliche Leistungen auszuweisen sind. Die bisherige Berücksichtigung im Rahmen der Äquivalenzziffernrechnung entfällt (vgl. Buchstaben g und h).

Buchstabe e Doppelbuchstabe bb streicht die Zeile für einen möglichen Zuschlag nach dem bisherigen § 4 Abs. 5, nach dem Wirtschaftlichkeitserfolge des Krankenhauses auch noch in folgenden Pflegesatzzeiträumen honoriert werden konnten. Die Regelung wird ersetzt durch § 4 Abs. 4.

Die Buchstaben f und g streichen nicht mehr benötigte Zeilen für die Berücksichtigung von Wahlarztabschlägen und Kostenabzügen für wahlärztliche Leistungen.

Zu Nummer 8 (Anlage 2)

Nummer 8 enthält eine redaktionelle Folgeänderung im zusätzlichen Kostennachweis für nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, mit dem Investitionskosten geltend gemacht werden.

Zu Nummer 9 (Anhang 2 zum KLN)

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, daß die Vergütung der Krankenhäuser, die bereits 1995 die Sonderentgelte und Fallpauschalen nach dem dann in Kraft getretenen neuen Recht vereinbaren, bereits in diesem Jahr nicht mehr auf die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen begrenzt wird. Durch diese Regelung soll ein Anreiz zur schnellen Einführung leistungsbezogener Entgelte gegeben werden.

Zu Absatz 3

Zu Nummer 1 (§ 5)

Die Vergütung teilstationärer Leistungen ist bereits gegenwärtig über Pflegesätze nach § 5 Abs. 3 und Sonderentgelte nach § 6 möglich. Davon wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht.

Um den Vorrang der teilstationären Behandlung bereits während der Geltung des festen Budgets von 1993 bis 1995 zu fördern und die kurzfristige Liquidität der Krankenhäuser zu sichern, sind teilstationäre Pflegesätze zu vereinbaren, die dem in der Regel höheren tagesbezogenen Aufwand einer teilstationären Behandlung Rechnung tragen. Die Budgetobergrenze im Rahmen der festen Budgetierung gemäß § 4 bleibt unberührt.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Entsprechend der in § 120 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) enthaltenen Verfahrensregelung für die Abrechnung der Vergütung ermächtigter Krankenhausärzte für ambulante Leistungen wird die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen dem Krankenhausträger als Inkassostelle übertragen. Dies erleichtert insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung der Kostenerstattung nach § 11 Abs. 3 die sachgerechte Durchführung des Kostenabzugs. Mit der Durchführung des Inkassos kann der Krankenhausträger auch externe Abrechnungsstellen beauftragen. Dabei wird davon ausgegangen, daß in der Regel solche Abrechnungsstellen beauftragt werden, die den datenschutz- und gebührenordnungsrechtlichen Anforderungen erkennbar Rechnung tragen.

Zu Buchstabe b

Die redaktionelle Anpassung trägt dem Umstand Rechnung, daß mit der Übertragung des Inkassos wahlärztlicher Leistungen auf den Krankenhausträ-

ger (vgl. Buchstabe a) eine Abrechnung dieser Leistungen generell nur noch in entsprechender Anwendung der Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte erfolgen kann.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Infolge der Erhöhung der Gebührenminderung nach § 6a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte (vgl. Artikel 12) und § 7 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (vgl. Artikel 13) entfällt die Notwendigkeit, für Patienten mit wahlärztlichen Leistungen den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen durch einen Wahlarztabschlag zu ermäßigen. Die Neufassung des § 8 trägt dem Wegfall des Wahlarztabschlags Rechnung und beschränkt sich auf die Regelung des unverändert fortbestehenden Belegarztabschlags.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 8.

Zu Nummer 5 (§ 11)

Die Neufassung des § 11 Abs. 3 trägt der Umstellung und Erhöhung des vom Krankenhaus für wahlärztliche Leistungen vorzunehmenden Kostenabzugs Rechnung.

Nach Satz 1 ist Bemessungsgrundlage für die Kostenerstattung die Höhe der für wahlärztliche Leistungen gesondert berechneten Gebühren vor Abzug der Gebührenminderung. Die nach bisherigem Recht bestehende gesamtschuldnerische Verpflichtung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses, insgesamt den Gesamtbetrag des Kostenabzugs im Wege der Kostenerstattung auszugleichen, wird durch die individuelle Verpflichtung des einzelnen liquidationsberechtigten Krankenhausarztes zur Kostenerstattung des auf ihn nach der Höhe seines Liquidationserlöses entfallenden Anteils abgelöst. Damit ist — insbesondere auch im Hinblick auf den vom Krankenhausträger im Rahmen seines Inkassos für wahlärztliche Leistungen vorzunehmenden Einbehalt der Kostenerstattung (vgl. § 7 Abs. 3 Satz 2) — sichergestellt, daß der Gesamtbetrag des zu berücksichtigenden Kostenabzugs für wahlärztliche Leistungen durch eine Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte in entsprechendem Umfang ausgeglichen wird.

Die Verweisung in Satz 2 stellt klar, daß vertragliche Abgaberegungen, die einer Kostenerstattung in dem nach Satz 2 vorgeschriebenen Umfang entgegenstehen, anzupassen sind.

Die Anrechnungsregelung des Satzes 3 ermöglicht es, Belastungen, die sich für liquidationsberechtigte Krankenhausärzte aus vor Inkrafttreten der Neuregelung getroffenen vertraglichen Vorteilsausgleichsregelungen ergeben, angemessen zu berücksichtigen.

In dem Umfang, in dem die neue Kostenerstattung des liquidationsberechtigten Arztes seine bisherige Kostenerstattung überschreitet, soll deshalb die Kostenerstattung auf einen vereinbarten Vorteilsausgleich angerechnet werden können. Es ist davon auszugehen, daß die Anrechnungsregelung in der Mehrzahl der Fälle eine für die liquidationsberechtigten Krankenhausärzte im Ergebnis belastungsneutrale Umstellung auf die neue Kostenerstattung ermöglicht. Der Krankenhausträger ist nicht gehindert, einen über die Kostenerstattung hinausgehenden Vorteilsausgleich zu vereinbaren.

Zu Nummer 6 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Definition der pflegesatzfähigen Kosten in dem neuen § 2 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 7 zu Nummer 1).

Auf den Begriff der Selbstkosten wird auch nach Aufhebung des Grundsatzes der Selbstkostendeckung (siehe Artikel 7 zu Nummer 2) nicht verzichtet, weil unter Selbstkosten im betriebswirtschaftlichen Sinn die durch den betrieblichen Leistungsprozeß entstandenen Kosten zu verstehen sind. Auch im allgemeinen Wirtschaftsleben bedeuten entstandene Selbstkosten nicht, daß das Unternehmen diese automatisch über den Preis vergütet erhält.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Änderung legt fest, daß die Kosten aller Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 113 SGB V, auch bei einseitiger Auswahl des Prüfers durch die Krankenkassen, ab 1. Januar 1996 pflegesatzfähig sind.

Zu Buchstabe b

Der zur Ermittlung der pflegesatzfähigen Kosten des Krankenhauses vorzunehmende Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen wird nach Wegfall des Wahlarztabzlags auf eine neue Berechnungsgrundlage umgestellt und angemessen erhöht. Die Neuregelung sieht einen Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen in Höhe von 25 % der für diese im Pflegezeitraum vor Abzug der Gebührenminderung gesondert berechneten Gebühren vor. In dem Umfang, in dem der neue Kostenabzug den bisherigen Kostenabzug überschreitet, wird das Budget des Krankenhauses vermindert und eine Absenkung der den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechneten Pflegesätze ermöglicht.

Zu Nummer 7 (§ 14)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 7 zu Nummer 3).

Zu Nummer 8 (§ 16)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 18 Abs. 3 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (siehe Artikel 7 zu Nummer 8 Buchstabe b).

Zu Artikel 9 (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege [Pflege-Personalregelung])

A. Allgemeiner Teil

I. Vorgeschichte und Auftrag an die Bundesregierung nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz

In § 19 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) hat der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) beauftragt, gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten, zu erarbeiten. Diese Maßstäbe und Grundsätze sind von den Krankenkassen und dem einzelnen Krankenhaus der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze zugrunde zu legen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG, § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung [BPFIV]).

Die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung orientieren sich bei der Personalbemessung für die Krankenhäuser derzeit noch an den „Anhaltzahlen von 1969“. Diese wurden von der DKG einseitig empfohlen und werden seitdem ohne förmliche Anerkennung durch die Krankenkassen angewendet. Die Anhaltzahlen von 1969 zur Personalbemessung beziehen sich allein auf die Zahl der durchschnittlich belegten Betten; sie werden in den Pflegesatzverhandlungen regelmäßig um die inzwischen eingetretenen Arbeitszeitverkürzungen sowie um die Auswirkungen gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen korrigiert. Darüber hinaus hat es auch Stellenplanerweiterungen gegeben, die die Arbeitsverdichtung im Pflegedienst berücksichtigt haben.

Die DKG hat im Jahr 1974 wiederum einseitig neue Anhaltzahlen für den gesamten stationären Bereich, also unter Einschluß des allgemeinen Pflegedienstes, veröffentlicht, die von den Krankenkassen nicht anerkannt wurden.

Nachdem der Gesetzgeber im Jahr 1981 im Zuge des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes in § 19

Abs. 1 KHG der Selbstverwaltung auf Bundesebene den Auftrag erteilt hat, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten, forderte die DKG erstmals im September 1982 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen über den Personalbedarf für den Pflegedienst an allgemeinen Krankenhäusern auf.

Die ersten Verhandlungsrunden wurden ergebnislos Anfang 1984 abgebrochen, u. a. weil die Novellierung des KHG abgewartet wurde. Als Anfang 1985 feststand, daß § 19 KHG weitgehend unverändert blieb, wurden die Verhandlungen im Frühjahr 1985 wieder aufgenommen. Infolge weiterer inhaltlicher und verfahrensmäßiger Divergenzen erklärten beide Seiten gemeinsam im Herbst 1986 erneut das Scheitern der Verhandlungen. Das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) erkannte das Scheitern der Verhandlungen jedoch nicht an und forderte die Vertragspartner auf, erneut zu verhandeln, was sie von 1987 bis 1989 taten. Die Krankenkassen brachten im Mai 1988 ein eigenes Personalbedarfsermittlungskonzept in die Verhandlungen ein.

Im März 1989 legte die DKG ein überarbeitetes analytisches Konzept zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser vor. Grundlage des Konzeptes sind Leistungseinheiten unter Einbeziehung der unterschiedlichen Pflegeintensitäten je Patient und Tag sowie der je Krankenhaus unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten. Dieses Konzept wurde im Frühjahr 1989 in die Verhandlungen nach § 19 Abs. 1 KHG eingebracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verfolgten dagegen einen Ansatz, der die gegenwärtige, durchschnittliche Personalbesetzung nach Krankentypen statistisch feststellt und als Richtschnur vorgibt, ohne sich auf die im Krankenhaus erbrachten pflegerischen Leistungen zu beziehen.

II. Notwendigkeit einer Personalregelung

Nachdem die Krankenkassen und die DKG sich im Juli 1989 nicht auf einen gemeinsamen Empfehlungsentwurf zum Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser einigen konnten und das Scheitern der Verhandlungen erklärten, ist nach Ablauf der in § 19 Abs. 2 KHG vorgeschriebenen Einjahresfrist die Zuständigkeit für eine Regelung am 2. Juli 1990 auf die Bundesregierung übergegangen. Sie hat zügig und entschlossen gehandelt und bereits nach Ablauf von knapp zwei Jahren einen analytisch erarbeiteten Entwurf einer Regelung vorgelegt.

Die Diskussion um die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser ist so alt wie die Verhandlungen um die Konzepte zur Ermittlung des Personalbedarfs. Allerdings hat es in den 80er Jahren mehrere Entwicklungen gegeben, die das Thema Pflege in den Mittelpunkt der sozialpolitischen Auseinandersetzung rückten. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zu einer nennenswerten Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren geführt, was eine erhebliche Leistungsausweitung in der stationären Pflege zur Folge hatte.

Darüber hinaus führt die demographische Entwicklung, für die unter anderem auch der medizinisch-technische Fortschritt ursächlich ist, zu einem ständig wachsenden Anteil älterer Patienten; Multimorbidität und chronische Erkrankungen führen ebenfalls zu einer Ausweitung der pflegerischen Leistung. Auch verkürzt sich seit Jahren die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern deutlich bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahl.

Diese Entwicklungen bedingen insgesamt eine Verdichtung der pflegerischen Arbeit und stellen damit höhere Anforderungen an die Qualifikation der Pflegenden. Da es sich um eine personalintensive Arbeit handelt, die durch andere Produktionsfaktoren kaum ersetzbar ist, muß sich ein gesteigerter Pflegeaufwand auch in der Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter widerspiegeln.

Gleichzeitig nimmt die Zahl junger Menschen, die für den Pflegeberuf gewonnen werden können, in den 90er Jahren spürbar ab. Hinzu kommt, daß durch die Umstrukturierung in der deutschen Volkswirtschaft vom Produktionsbereich in den Dienstleistungsbe- reich für die Gruppe der Berufsanfänger die Vielfalt der Angebote in den Dienstleistungsberufen zugenommen hat.

So ist es nicht verwunderlich, daß immer weniger junge Menschen für den anspruchsvollen Beruf der Krankenpflege gewonnen werden können und immer mehr ihn verlassen. Die Schere zwischen Arbeitsnachfrage und Arbeitsangebot beginnt sich am Anfang der 90er Jahre zu öffnen. Ende der 80er Jahre wurden die Verantwortlichen auf allen Entscheidungsebenen initiativ, um das Berufsbild der Krankenpflege in seiner Attraktivität zu verbessern, um die Verweildauer im Beruf zu erhöhen und um den Anforderungen an die Pflegenden mit entsprechenden Pflegekonzepten gerecht zu werden.

Trotzdem ist es nicht gelungen, diese negative Entwicklung entscheidend aufzuhalten.

Insbesondere in Ballungsräumen bestehen Personalengpässe, die teilweise zur Schließung ganzer Pflegeeinheiten geführt haben. Um dieser Entwicklung wirksam entgegenzutreten, müssen auch in Zukunft alle Beteiligten, insbesondere die Tarifpartner, die Länder und die Bundesregierung zusammenarbeiten.

III. Vorgehensweise

Die Bundesregierung hat nach Ablauf der Einjahresfrist nach § 19 Abs. 2 KHG im Sommer 1990 unverzüglich mit der Vorbereitung begonnen. Zunächst wurde der bereits vor der Erarbeitung der Psychiatrie-Personalverordnung gebildete, unabhängige Beirat von Fachleuten einberufen, der damals den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und heute den Bundesminister für Gesundheit (BMG) in grundsätzlichen Fragen zu den Maßstäben und Grundsätzen für den Personalbedarf in Krankenhäusern berät.

Nach einer Anhörung der Länder und Verbände im August 1990 entschied sich der BMA für Maßstäbe und Grundsätze, die sich an der Patientenstruktur des Krankenhauses und der daraus abgeleiteten pflegerischen Leistung orientieren. Basierend auf den Erfahrungen bei der Konzipierung der Psychiatrie-Personalverordnung wurde im September 1990 eine Expertengruppe aus Pflegefachleuten, die aus der Pflegedienstleitung oder der Pflegeforschung kommen, verbandsunabhängigen Ärzten und Verwaltungsdirektoren mit dem Auftrag gebildet, die Grundlagen zu erarbeiten.

Die Expertengruppe trat erstmals im Oktober 1990 zusammen und führte eine grundsätzliche Bewertung der bereits vorhandenen Konzepte zur Personalbemessung durch. Das analytische Konzept der DKG enthielt zwar eine klare Leistungsorientierung, war jedoch aufgrund der vielfältigen, differenzierten Regelungen für einzelne Organisationsformen eines Krankenhauses nur schwer in der Praxis zu handhaben. Hinzu kam, daß die Kategorisierung der Patienten allein nach Abhängigkeitsmerkmalen zu einer unzureichenden Abbildungsgenauigkeit der pflegerischen Leistungen führt. Das Konzept der Krankenkassen wurde nicht näher in Erwägung gezogen, insbesondere weil der direkte Leistungsbezug nicht gegeben ist. Die „Schweizer Wegleitung“ wies ähnliche Schwächen auf wie das Konzept der DKG. Deshalb erarbeitete die Expertengruppe unter dem Vorsitz des BMG in vielen, z. T. mehrtägigen Sitzungen als Grundlage für eine leistungsbezogene Personalbemessung

- ein neues, übersichtliches Raster zur Einstufung der Patienten in je drei Pflegestufen in der „Allgemeinen Pflege“ und „Speziellen Pflege“ und zur Bildung von neun Patientengruppen, die die Breite des unterschiedlichen pflegerischen Aufwandes differenziert wiedergeben, und
- Tätigkeitsprofile für alle pflegerischen Leistungen, die in einem Krankenhaus mit zentralisierten Versorgungsdiensten für eine leistungsgerechte Patientenbetreuung und -versorgung notwendig sind.

In Anhörungen von Ländern und Verbänden im April 1991 fanden diese Entwürfe grundsätzliche Zustimmung. Die Anregungen der Länder und Verbände wurden bei den weiteren Arbeiten berücksichtigt. Auf dieser Grundlage erarbeitete die Expertengruppe differenzierte Zeitwerte für die Personalbemessung.

Das von der Expertengruppe erarbeitete Schema zur Einordnung der Patienten wurde in 66 Krankenhäusern der alten Bundesländer sowie in 18 Krankenhäusern der neuen Bundesländer zum Teil in mehreren Testläufen erprobt. Insgesamt wurden rund 500 000 Zuordnungen in die verschiedenen Pflegestufen und Patientengruppen vorgenommen. Die genannte Grundgesamtheit der Erhebungen umfaßte Krankenhäuser aller Größenklassen und Versorgungsstufen einschließlich Universitätskliniken. Alle Fachabteilungen mit Ausnahme der Intensivpflege und der Psychiatrie wurden berücksichtigt. Dabei erwies sich das Konzept der Expertengruppe aufgrund seiner übersichtlichen Strukturierung und genauen Lei-

stungsbeschreibung als in der Praxis gut handhabbar. Auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse wurde eine Schätzung der voraussichtlich durch eine verbesserte Personalbemessung entstehenden Kosten vorgenommen.

Bereits Mitte 1990 hatte eine zweite Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege parallel ihre Arbeit aufgenommen. Sie entwickelte ihre Vorschläge nahezu zeitgleich und in enger Abstimmung mit dem Konzept für die allgemeine Krankenpflege, so daß diese Arbeiten einbezogen werden konnten. Das Konzept wurde in einer Reihe von Kinderkrankenhäusern und kinderheilkundlichen Fachabteilungen erprobt.

IV. Ordnungspolitischer Rahmen und Grundsätze der Regelung

Die Regelung wurde vor dem Hintergrund des heute geltenden Krankenhausrechtes entworfen. Das bedeutet:

- das Selbstkostendeckungsprinzip gilt in vollem Umfang, d. h. die vorkalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses sind für Budget und Pflegesatz maßgebend,
- die Leistungen eines Krankenhauses werden fast vollständig über pauschale Pflegesätze abgerechnet; die Abrechnung über Sonderentgelte fällt nicht ins Gewicht,
- zentrales Instrument zur Findung dieser Pflegesätze sind die einmal jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen, in denen die Pflege-Personalregelung zur Anwendung kommt.

Nach dem zukünftig geltenden Recht ändern sich diese Rahmenbedingungen grundlegend.

Das Selbstkostendeckungsprinzip wird abgeschafft und die Krankenhausleistungen werden zunehmend über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet. Das Budget und die Pflegesatzverhandlungen werden an Bedeutung verlieren. Damit wird sich der Charakter der Regelung ändern. Ihre Bedeutung als Instrument zur Pflegesatzfindung wird abnehmen, ihre Bedeutung als Instrument zur Qualitätssicherung im Sinne von Pflegestandards wird zunehmen. Das damit erreichte pflegerische Leistungsniveau soll nach Möglichkeit bei der Berechnung der Fallpauschalen im Rahmen der zum 1. Januar 1995 zu erlassenden Verordnung berücksichtigt werden.

1. Ziel der Regelung ist, die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen Krankenpflege stattfindet. Um den Veränderungen des Alters- und Krankheitsspektrums der Krankenhauspatienten einerseits und der Leistungsintensivierung durch den medizinisch-technischen Fortschritt andererseits in bezug auf die pflegerische Betreuung gerecht zu werden, wird eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung vorgesehen.

Die Bundesregierung bestimmt mit dieser Regelung die Maßstäbe und Grundsätze für den Perso-

nalbedarf in der stationären und teilstationären Pflege an Allgemeinkrankenhäusern.

Der gewählte Lösungsansatz orientiert sich an den pflegerischen Leistungen, was bedeutet, daß sich unterschiedlicher Pflegeaufwand aufgrund unterschiedlicher Patientenstrukturen und Leistungsangebote der Krankenhäuser im Stellenplan niederschlägt.

Die Regelung gilt nach § 19 Abs. 2 KHG in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG und § 13 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BpflV für Krankenhäuser, die der BpflV unterliegen, also nicht für ambulante Einrichtungen des Krankenhauses. Soweit Personalstellen im Pflegedienst außerhalb des Budgets finanziert werden, sind diese nicht auf den Stellenplan anzurechnen. Die Personalbesetzung im Funktionsdienst (z. B. OP, Anästhesie, Endoskopie), in dem oftmals entsprechend weitergebildete Krankenschwestern und -pfleger eingesetzt werden, wird mit dieser Regelung nicht erfaßt. Um die notwendige praktische Anwendbarkeit der Regelung zu erreichen, mußte auf eine Differenzierung nach den zahlreichen medizinischen Fachdisziplinen verzichtet werden.

Dementsprechend beziehen sich die Personalvorgaben auf die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), unabhängig davon, wer die Kosten der Behandlung trägt.

2. Es wird davon ausgegangen, daß alle Stellen grundsätzlich mit qualifiziertem Pflegepersonal (drei- und einjährig Ausgebildete) besetzt werden, soweit durch Aus-, Fort- und Weiterbildung oder arbeitsmarktbezogene Maßnahmen (z. B. Gewinnung von Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen) qualifiziertes Krankenpflegepersonal gewonnen werden kann. Im Rahmen der normativ vorgegebenen Arbeitszeiten in Minuten (Minutenwerte) können ganzheitliche Pflegekonzepte in den einzelnen Krankenhäusern verwirklicht werden. Außerdem wird es in der Praxis möglich sein, Fachpersonal kostenneutral durch Stationsassistentinnen und -assistenten sowie durch anderes Hilfspersonal zu ersetzen, wenn die pflegerische Qualität darunter nicht leidet.
 3. Die Personalbemessung soll an den Leistungskriterien anknüpfen, die den pflegerischen Aufwand im Krankenhaus abbilden. Der für einen Patienten erforderliche Pflegeaufwand ergibt sich im wesentlichen aus seinen Grundbedürfnissen, die er ganz oder teilweise nicht mehr selbständig erfüllen kann, sowie aus pflegerischen Leistungen, die im Zusammenhang mit Diagnostik und Therapie notwendig sind. Entsprechend sieht das Konzept eine Aufteilung des Leistungsspektrums in die Bereiche „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ vor.
 4. Grundlage der Personalbemessung ist nicht mehr die Zahl der durchschnittlich belegten Betten, sondern die durchschnittliche Zahl der Patienten, die, gemessen am pflegerischen Aufwand, den verschiedenen Pflegestufen zugeordnet werden.
- Das ermöglicht eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Personalbemessung. Die tägliche Einstufung der Patienten in die verschiedenen Pflegestufen spiegelt den unterschiedlichen pflegerischen Aufwand während des Krankenhausaufenthaltes wider.
5. Die für die Pflegestufen vorgegebenen Zeitwerte wurden mit Hilfe von neu entwickelten Tätigkeitsprofilen für die „Allgemeine Pflege“ und für die „Spezielle Pflege“ ermittelt. Die Zeitwerte wurden innerhalb der Expertengruppen für die Allgemeine Krankenpflege sowie für die Kinderkrankenpflege nach eingehender Erörterung auf der Grundlage der Berufserfahrung der Beteiligten festgelegt. Sie gelten nicht für die besonderen Erfordernisse der Intensivpflege. Mit der Aufteilung in „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ werden keine pflegerischen Grundkonzepte vorgegeben. Im Gegenteil: Die Zielsetzung ist, Voraussetzungen für eine individuelle, ganzheitliche Pflege der Patienten zu schaffen.
- Mit dem Pflegegrundwert werden vor allem die Tätigkeiten ausgewiesen, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der unmittelbaren Patientenbetreuung am Krankenbett stehen (z. B. administrative Tätigkeiten).
- Für Tätigkeiten, die bei jedem Patienten nur einmal während seines Krankenhausaufenthaltes anfallen, insbesondere im Zusammenhang mit Aufnahme und Entlassung, wurde ein Fallwert gebildet.
- Für die Tätigkeiten, die bei der Betreuung von gesunden Neugeborenen zusätzlich anfallen, wurde auch ein eigener Minutenwert gebildet.
- Die den Minutenwerten dieser Regelung zugrundeliegenden Tätigkeitsprofile sind erstmals als Materialien zusammen mit dem Referentenentwurf veröffentlicht worden.
6. Die Regelung läßt den Vertragsparteien der Pflegegesetzverhandlung einen begrenzten Spielraum, damit die besonderen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt werden können. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst sowie in seltenen Fällen Rufbereitschaftsdienst des Pflegepersonals müssen für jedes Krankenhaus gesondert geregelt werden und bleiben deshalb den Verhandlungen der Vertragsparteien vorbehalten. Der Krankenhausträger wird nicht in seiner Organisationsfreiheit eingeschränkt. Im Rahmen der für das gesamte Krankenhaus ermittelten Personalbemessung kann er nach wie vor den Einsatz des Personals in den einzelnen Organisationseinheiten bestimmen.
- Die Regelung geht von einem Krankenhaus mit vollzentralisierten Versorgungsdiensten aus. Hat ein Krankenhaus nicht vollzentralisierte Dienste, so vereinbart es mit den Kostenträgern Zuschläge auf den Stellenplan. Die Höhe des Zuschlags muß nachvollziehbar sein und bedarf der schriftlichen Begründung.

7. Das gemeinsam mit der Expertengruppe entwickelte Konzept weist darüber hinaus folgende Vor- teile auf:

- Es berücksichtigt die Bedingungen einer modernen, zentralisierten Krankenhausversorgung.
- Durch die Beschreibung der pflegerischen Tätigkeiten werden erstmals amtlich die umfangreichen Aufgaben des Pflegepersonals dargestellt. Es werden Maßstäbe für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung vorgegeben sowie eine stärker leistungsbezogene Budgetierung ermöglicht.
- Darüber hinaus hilft die Personalregelung bei der Entwicklung von Fallpauschalen, da sie den mit der Pflege verbundenen Aufwand transparent macht.
- Durch die Berücksichtigung der mittleren Führungsebene in der Pflege wird die Position der Krankenpflege im Krankenhausmanagement gestärkt.
- Mit dieser Art der Personalbemessung wird eine wirksame Qualitätskontrolle möglich, weshalb auch Zeitwerte für die Qualitätssicherung in der Krankenpflege vorgesehen werden.
- Diese Regelung wird einen Impuls zu umfangreicherer und besserer Pflegedokumentation geben.
- Das Raster der Pflegestufen ist in sich geschlossen und in der Praxis einfach anwendbar.
- Aufgrund der in den Tätigkeitsprofilen enthaltenen detaillierten Beschreibung der in den Personalvorgaben berücksichtigten Leistungen wird die Grundlage für die Personalbemessung transparent und begrenzbar.

8. Die Zuordnung der Patienten zu den Pflegestufen wird durch den Pflegedienst des Krankenhauses selbst vorgenommen. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Budgetverhandlungen die Möglichkeit, die erhobenen Zahlen und damit die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Pflegestufen der verschiedenen Krankenhäuser zu vergleichen und auf Unstimmigkeiten zu prüfen. Die Vertragsparteien haben hierzu Rahmenvereinbarungen zu treffen. Die bei der Erprobung des Konzeptes erhobenen Daten in über 80 Krankenhäusern in Ost- und West-Deutschland haben gezeigt, daß entsprechende Plausibilitätsprüfungen möglich sind.

Die durch laufende Erhebungen ermittelte Verteilung der Patienten auf Pflegestufen ist den Schätzungen für das kommende Jahr zugrunde zu legen; dabei sind die Zahlen um Besonderheiten des vergangenen Zeitraumes zu bereinigen und absehbare Veränderungen des kommenden Jahres zu berücksichtigen.

B. Besonderer Teil

ZUM ERSTEN ABSCHNITT (Allgemeine Vorschriften)

Der erste Abschnitt enthält die Vorschriften zum Anwendungsbereich und zur Einbindung in die Pflegegesetzvereinbarung sowie die Grundsätze des Verfahrens zur Personalbemessung. Außerdem verdeutlicht er, welche Funktion die Pflege-Personalregelung haben wird, wenn die Krankenhäuser ihre Leistungen zunehmend über Fallpauschalen abrechnen.

Zu § 1 (Anwendungsbereich)

Die Vorschrift legt den Anwendungsbereich der Regelung fest.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verdeutlicht in Satz 1, daß der Anwendungsbereich auf die Krankenhäuser beschränkt wird, auf die die Pflegesatzvorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) Anwendung finden.

In Satz 2 wird klargestellt, welche pflegerischen Bereiche nicht geregelt werden. Mit dem Begriff „Intensiveinheit“ ist die Stelle gemeint, an der Intensivpflege und Intensivüberwachung stattfinden; im Ausnahmefall kann es sich dabei um ein Intensivbett handeln.

Zu Absatz 2

Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 entfällt das Selbstkostendeckungsprinzip. Außerdem wird das Vergütungssystem der Krankenhäuser in zunehmendem Maße durch Fallpauschalen und Sonderentgelte bestimmt sein. Damit verliert die Regelung als Instrument zur Budgetierung an Bedeutung. Daraus folgt, daß alle Vorschriften, die Verfahrensfragen betreffen, nicht mehr gelten können. Der materielle Gehalt der Verordnung bleibt unangetastet und wird die pflegerische Qualität auf Dauer sichern helfen. Die Entwicklung von Fallpauschalen wird erleichtert. Die materiellen Vorgaben dieser Regelung werden im Rahmen der zum 1. Januar 1995 in Kraft tretenden Verordnung über Fallpauschalen bei deren Kalkulation berücksichtigt.

Zu Absatz 3

Zum einen wird von einer Pflegeorganisation ausgegangen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entspricht, zum anderen wird darauf abgestellt, daß sich die Pflege an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientiert, was bedeutet, daß die emotionalen, sozialen, geistigen, physischen und wirtschaftlichen

Bedürfnisse des Patienten bei der Pflege berücksichtigt werden.

Absatz 3 stellt außerdem klar, daß die Personalbemessung nur für Patienten vorgenommen wird, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen.

Zu § 2 (Pflegesatzvereinbarung)

§ 2 schreibt die Anwendung der vorgegebenen Maßstäbe für die Personalbemessung im Rahmen des Pflegesatzverfahrens vor. Damit wird ergänzend zur BPfIV ein Teilbereich der Pflegesatzvereinbarungen konkreter geregelt. Die sonstigen Vorschriften der BPfIV bleiben unberührt. Einigen sich die Vertragsparteien nicht, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a KHG.

Zu § 3 (Grundsätze)

Die Vorschrift legt die Grundsätze des Personalbemessungsverfahrens fest und bestimmt, unter welcher Voraussetzung die Zahl der Personalstellen gesondert zu vereinbaren ist. Darüber hinaus gibt sie die Dauer des Regeldienstes des Pflegepersonals an, die mit den Personalvorgaben abgedeckt werden muß.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt, aus welchen Teilwerten sich der Regeldienst zusammensetzt, nämlich aus dem jeweiligen Pflegegrundwert, aus der Kombination der Minutenwerte (Patientengruppen) A 1 bis A 3 und S 1 bis S 3 für Erwachsene sowie KA 1 bis KA 3 und KS 1 bis KS 3 für Kinder, aus dem jeweiligen Fallwert, der die pflegerischen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Krankenhausaufnahme, in der der Zeitwert für die Entlassung enthalten ist, berücksichtigt, aus dem Wert für die Betreuung gesunder Neugeborener und den Minutenwerten für tagesklinisch zu behandelnde Patienten sowie für Stundenfälle innerhalb eines Tages.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert den Begriff des Regeldienstes. Der Personalbedarf für Nachtdienst, Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes sowie in seltenen Fällen auch der Rufbereitschaftsdienst kann wegen der unterschiedlichen Voraussetzungen in den einzelnen Krankenhäusern nicht einheitlich für alle Krankenhäuser vorgegeben werden. Dieser Personalbedarf ist daher in den Minutenwerten für den Regeldienst nicht enthalten. Für die restlichen Arbeitszeiten ist der Personalbedarf für Nachtdienste, Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaftsdienste zu vereinbaren, soweit dies erforderlich ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt für den Pflegedienst die Behandlungszeiten des Krankenhauses an, die grundsätzlich mit der vorgegebenen Personalbemessung abgedeckt werden müssen. Sie sind unabhängig von der tariflichen Arbeitszeit des einzelnen Arbeitnehmers, so daß die Regelung im Falle von Arbeitszeitverkürzungen nicht angepaßt werden muß.

Die Minutenwerte für das Pflegepersonal enthalten neben den Übergabezeiten mit dem Nachtdienst eine halbe Stunde Übergabezeit am Mittag.

Regelungen für Mindestbesetzungen von Stationen werden nicht getroffen; es wird davon ausgegangen, daß mögliche Probleme durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhauses vermieden werden. In besonderen Fällen kann nach Absatz 4 mit den Krankenkassen eine höhere Zahl von Personalstellen vereinbart werden.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift eröffnet den Vertragsparteien die Möglichkeit, von den Vorgaben nach oben und unten abzuweichen, wenn dies aufgrund der besonderen Verhältnisse eines Krankenhauses erforderlich ist. Die Gründe für die Abweichung sind in der Pflegesatzvereinbarung und in der Schiedsstellenentscheidung schriftlich festzuhalten, damit die für die Genehmigung der Pflegesätze zuständige Landesbehörde die Rechtmäßigkeit der Abweichung prüfen kann. Die bauliche Struktur, verbunden mit einer unzureichenden horizontalen und vertikalen Wegeführung sowie fehlende Nutzflächen innerhalb der Pflegeeinheiten führen zu nichtpflegebedingtem höheren zeitlichen Aufwand. Mit abnehmendem Zentralisierungsgrad wird das Pflegepersonal in zunehmendem Maß mit pflegefernen Tätigkeiten belastet.

Im einzelnen kann es sich dabei um folgende Tatbestände handeln:

- Aufgrund der baulichen Struktur ist die horizontale und vertikale Wegeführung unzureichend.
- Für die Arbeit des Pflegedienstes fehlt die entsprechende Nutzfläche innerhalb von funktionell gestalteten Pflegeeinheiten.
- Das Pflegepersonal ist mit administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Patientenaufnahme befaßt.
- Die Speiserversorgung wird dezentral und ohne Tablettsystem vorgenommen.
- Betten und Nachtschränke werden nicht zentral aufbereitet.
- Die Sterilgutversorgung findet dezentral in den Pflegeeinheiten statt.
- Die Pflegeeinheiten werden nicht zentral mit Gütern und Hilfsmitteln versorgt.
- Der Reinigungsdienst ist nicht zentralisiert.

Insbesondere Krankenhäuser mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten, die in der Pflege zu erheblichen Mehr- oder Minderbelastungen führen, müssen Zu- oder Abschläge bei der Zahl der zu vereinbarenden Personalstellen mit den Kostenträgern aushandeln. Bei strikter Anwendung der Regelung können bei der Mindestbesetzung Probleme auftreten, die durch eine abweichende Vereinbarung zu lösen sind.

ZUM ZWEITEN ABSCHNITT (Krankenpflege für Erwachsene)

Der zweite Abschnitt enthält die Personalbemessungsvorschriften für die Krankenpflege von Erwachsenen mit Ausnahme der in § 1 Abs. 1 genannten Bereiche.

Zu § 4 (Pflegestufen und Patientengruppen)

Zu Absatz 1

Der Bedarf an Fachpersonal im Pflegedienst der Krankenhäuser wird anhand des unterschiedlichen Pflegeaufwandes durch die vorgegebenen Minutenwerte in den einzelnen Patientengruppen ermittelt.

Um den Pflegeaufwand nicht nur über Abhängigkeiten des Patienten zu definieren, wird die Pflegeleistung aus Gründen der Abbildungsgenauigkeit in „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ aufgeteilt. In der „Allgemeinen Pflege“ ist das Einstufungskriterium die Hilfsbedürftigkeit des Patienten und in der „Speziellen Pflege“ der durch Diagnostik und Therapie verursachte pflegerische Aufwand.

Diese beiden Bereiche gliedern sich jeweils in drei Pflegestufen, nämlich: Grundleistungen, Erweiterte Leistungen und Besondere Leistungen.

Die inhaltliche Gestaltung dieser Stufung für die „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ ergibt sich aus den Einordnungsmerkmalen nach Anlagen 1 und 2, die Bestandteil der Regelung sind und nach denen die Zuordnung jedes einzelnen Patienten einmal täglich erfolgen muß.

Die tägliche Zuordnung zu den Pflegestufen und die Übertragung in die Pflegedokumentation sind Aufgabe des Pflegedienstes des Krankenhauses.

Zu Absatz 2

Auf Basis der Zuordnung muß jeder Patient in einer der neun Patientengruppen (A 1/S 1 bis A 3/S 3) ausgewiesen werden.

Zu § 5 (Vereinbarungen der Vertragsparteien)

Die ausgewiesene Verteilung der Patienten auf Patientengruppen stellt die Leistungen des Pflegedienstes in der Vergangenheit dar. Grundlage der Personalbemessung im Rahmen eines prospektiven

Budgets ist jedoch die voraussichtliche Leistung des Pflegedienstes in dem folgenden Zeitraum, für den das Budget vereinbart wird.

Die Vertragsparteien haben daher die Zahlen um die Besonderheiten des vergangenen Zeitraumes zu bereinigen und abschätzbare Veränderungen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien vereinbaren prospektiv die voraussichtliche durchschnittliche Zahl der insgesamt täglich zu behandelnden Patienten einschließlich deren Zuordnung zu den neun Patientengruppen. Darüber hinaus ist zur Ermittlung des Fallwertes die voraussichtliche durchschnittliche Zahl der Krankenhausaufnahmen pro Tag, die der gesunden Neugeborenen pro Tag ebenso wie die der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages, zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 schließen die Vertragsparteien Rahmenvereinbarungen, die eine Prüfung der entscheidenden Grundlagen für die Personalbemessung und der Umsetzung in Personalstellen des Krankenhauses ermöglichen.

Zu Absatz 3

Mit der Zuordnung der Patienten wird letztendlich über die Personalbemessung des einzelnen Krankenhauses entschieden. Aus diesem Grunde ist ein wirksames Kontrollinstrument für die Kostenträger unverzichtbar. Es reicht nicht aus, sich allein auf den § 16 Abs. 5, 6 und 7 der Bundespflegesatzverordnung zu beziehen, vielmehr muß ein originäres Prüfrecht der Kostenträger geschaffen werden. Die Kostenträger erhalten die Möglichkeit, bereits quartalsweise, d. h. nicht erst im unmittelbaren Zusammenhang mit den Budgetverhandlungen, die Angemessenheit der Personalbesetzung zu kontrollieren.

Anlage 5 weist den Patienten anonymisiert und verbunden mit der Hauptdiagnose aus. Die Hauptdiagnose ist durch den Arzt zu kennzeichnen. Damit haben die Kostenträger die Möglichkeit, die Zuordnung der Patienten diagnosebezogen und leistungsorientiert zu überprüfen. Voraussetzung dafür ist, daß den Kostenträgern der einzelne Erfassungsbogen zur Verfügung gestellt wird; die Möglichkeiten des maschinellen Datenträgeraustausches sind zu nutzen.

Zu § 6 (Minutenwerte)

Der Personalbemessung werden die vorgegebenen Arbeitszeiten als Minutenwerte je Patient zugrunde gelegt. Diese Minutenwerte wurden von den durch

die Bundesregierung berufenen Expertengruppen in der Krankenpflege für Erwachsene und für Kinder, deren Mitglieder seit vielen Jahren in verantwortlichen Positionen tätig sind, nach ausführlicher Erörterung nahezu einvernehmlich festgelegt. Dabei wurde auch auf die Finanzierbarkeit fachlich wünschenswerter Forderungen Rücksicht genommen.

Die Minutenwerte wurden mit Hilfe von Tätigkeitsprofilen erarbeitet. Diese Tätigkeitsprofile spiegeln die heutigen Anforderungen an eine moderne Krankenpflege wider. Diese wird von der Expertengruppe wie folgt beschrieben:

„Krankenpflege heißt, den Patienten in seiner aktuellen konkreten Situation und Befindlichkeit aufzunehmen, ihn annehmen, sich ihm liebevoll zuzuwenden, ihn umsorgen, sich für ihn einsetzen, ihn gegebenenfalls auf seinem Weg zum Tod begleiten. Darüber hinaus werden seine Familie und seine soziale Umgebung mit berücksichtigt und — wenn möglich — in die Betreuung mit einbezogen.

Personale Pflege setzt voraus, daß zwischen Pflegenden und Gepflegten Beziehungen entstehen, in denen anvertrautes Leiden und Leben gemeinsam getragen werden können. Diese Beziehungen leben von Kommunikation in vielfältiger Ausgestaltung, vor allem in Gesprächen.

Ganzheitliche Pflege umfaßt daher alle Maßnahmen, die notwendig sind und die dazu beitragen, daß der Patient seine Selbständigkeit so bald als möglich und so vollständig wie möglich wiedererlangt oder aber würdevoll sterben kann.

Um fachlich kompetent, engagiert und zuverlässig pflegen zu können, brauchen die Pflegenden kontinuierlich berufsfachliche und persönlichkeitsbildende Qualifikation über die Grundausbildung hinaus. Dies ist ebenso erforderlich, um die praktische Ausbildung der beruflich Auszubildenden in der Pflege sicherzustellen.

Pflege bedarf der Kooperation mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus, in besonderer Weise mit der Berufsgruppe der Ärzte. Ärzte und Pflegenden sind in der Betreuung der Patienten mehr als andere Berufsgruppen aufeinander angewiesen. Für die gute Kooperation ist die klare Abgrenzung des je eigenen Tätigkeitsbereiches hilfreich und notwendige Voraussetzung für die gegenseitig zu praktizierende Hilfsbereitschaft.

Das Qualitätsniveau der Pflege beeinflusst die Mitarbeiterführung auf Stationsebene und umgekehrt. Die Stationsleitung wird den Krankenschwestern oder Krankenpflegern übertragen, die dafür die entsprechende Weiterbildung und die soziale Kompetenz haben. Die innerbetriebliche Fortbildung wird so gestaltet, daß eine stationsinterne Selbstüberprüfung der Pflegequalität möglich ist. Zur besseren Integration in das Pflege-team werden neue Mitarbeiter bei Dienstbeginn gesondert geschult.

Pflegequalität im o. g. Sinn wird jedoch erst in dem Maße für den gesamten Pflegedienst erreicht, wie die Pflegenden durch ein entsprechend qualifiziertes

Management von seiten der Pflegedienstleitung dazu geführt und motiviert werden.“

Bei der Bemessung der Minutenwerte wird von einer ganzheitlichen Pflege ausgegangen.

Zu Absatz 1

Im Pflegegrundwert sind die Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben, insbesondere pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildung sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität.

Die Arbeiten der Pflege im Zusammenhang mit Mentorentätigkeit und Praxisanleitung, deren Bedeutung für die Ausbildung nicht unterschätzt wird, sind im Rahmen der Anrechnungsverordnung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern berücksichtigt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 weist die Zeitwerte für die unmittelbar patientenbezogenen Leistungen aus; sie ergeben sich aus der Addition des jeweiligen A- und S-Wertes.

Auf diese Weise ergeben sich entsprechend den Patientengruppen neun als Minutenwerte ausgewiesene „Leistungsbündel“.

Zu Absatz 3

Für die pflegerischen Leistungen, die lediglich einmal, und zwar im Zusammenhang mit der Krankenhausaufnahme und -entlassung eines Patienten vorkommen, wird ein fallbezogener Minutenwert gebildet.

Zu Absatz 4

Der Betreuung eines jeden gesunden Neugeborenen wird unabhängig von der pflegerischen Leistung im Einzelfall ein Wert von 110 Minuten pro Tag zugrunde gelegt.

Zu Absatz 5

Tagesklinisch zu behandelnde Patienten aber vor allem Stundenfälle innerhalb eines Tages verlangen ein hohes Maß an pflegerischer Leistung; aus diesem Grunde erhalten sie den ganzen Fallwert. Im übrigen werden die bei diesen Patienten anfallenden Leistungen mit den halben Minutenwerten vollstationärer Patienten (Pflegegrundwert und Wert für die Patientengruppen) abgegolten.

Zu § 7 (Ermittlung der Personalstellen)

§ 7 legt das rechnerische Verfahren zur Ermittlung der Gesamtstundenzahl fest, aus der sich die Zahl der Personalstellen ergibt. Die Personalbemessung wird auf das gesamte Krankenhaus bezogen. Über den Einsatz des Personals und die Besetzung der Stationen entscheidet das Krankenhaus selbständig.

Die Minutenwerte in § 6 enthalten die Zeiten für die pflegerischen Aufgaben des Personals und für persönliche Verteilzeiten. Bei der Berechnung der Stellenzahl sind die vereinbarten Ausfallzeiten (insbesondere Urlaub, Krankheit, Mutterschutz, externe Fort- und Weiterbildung) zu berücksichtigen. Diese sind auf der Grundlage der Ausfallzeiten im abgelaufenen Geschäftsjahr sowie unter Berücksichtigung von erwartender und möglicher Veränderungen vom Krankenhaus nachzuweisen. Vor Anerkennung der Ausfallzeiten haben die Vertragsparteien insbesondere zu prüfen, inwieweit die Ausfallzeiten durch eine angemessene Arbeitsorganisation vermeidbar sind.

Mit den so ermittelten Personalstellen sind grundsätzlich alle pflegerischen Tätigkeiten für den Regeldienst im teilstationären und stationären Bereich abzudecken. Spielraum für zusätzliche Personalanforderungen besteht nach § 3 Abs. 4 nur aufgrund besonderer Verhältnisse des Krankenhauses.

Zu § 8 (Leitende Krankenpflegepersonen)

Leitende Krankenpflegepersonen oberhalb der Stationsebene sind in den Minutenwerten nach §§ 6 und 10 nicht berücksichtigt. Entsprechende Stellen für leitende Krankenpflegepersonen sind nach den Vorgaben dieser Vorschrift gesondert zu bilden.

Der Zeitbedarf für die leitenden Krankenpflegepersonen ist abhängig von der Aufgabenstruktur des Krankenhauses. Die Aufgabenstruktur schlägt sich bei dem vorliegenden leistungsbezogenen Konzept insbesondere in der Zahl der nachgeordneten Pflegepersonen nieder. Diese Zahl von 80 Pflegepersonen dient daher als Bezugsgröße für die Personalbemessung für leitende Krankenpflegepersonen. Bei Abweichungen von dieser Zahl können die Stellen für leitende Pflegepersonen anteilig bemessen werden. Die Beschäftigten im Nachtdienst werden hier berücksichtigt, weil der Arbeitsaufwand des leitenden Krankenpflegepersonals genauso von diesem Personal wie von dem im Regeldienst abhängt.

Der Begriff der „leitenden Krankenpflegeperson“ umfaßt weder die Stationsleitung, deren Personalbedarf bereits in den Minuten berücksichtigt ist, noch die Stelle für die Leiterin oder den Leiter des Pflegedienstes.

**ZUM DRITTEN ABSCHNITT
(Kinderkrankenpflege)**

Für Kinderkrankenhäuser und kinderheilkundliche Abteilungen gilt grundsätzlich dasselbe Personalbemessungsverfahren wie für die Krankenpflege für

Erwachsene. Der dritte Abschnitt regelt daher nur die für die Kinderkrankenpflege gesondert vorzugebenden Patientengruppen und Minutenwerte.

Die Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege beschreibt die Pflegeziele wie folgt:

„Ziel der Kinderkrankenpflege ist die ganzheitliche Pflege. Die erforderliche, allumfassende Versorgung des Kindes ergibt sich aus der Notwendigkeit, daß Kinder sich auch während ihrer Erkrankung in einem ständigen Entwicklungsprozeß befinden, in dem sie auf Hilfen, Unterstützung und Führung angewiesen sind. Für den Heilungsprozeß ist es daher unumgänglich, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das Kind genesen und sich weiterentwickeln kann. Zur Erreichung des Pflegezieles muß die Kinderkrankenschwester die Möglichkeit haben,

- a) den Zugang zum Kind zu finden, der es ermöglicht, beim Kind die Bereitschaft zu wecken, die anstehenden Maßnahmen mindestens zu dulden, bestenfalls jedoch zu unterstützen und aktiv mitzuarbeiten,
- b) die Eigenständigkeit des Kindes zu akzeptieren und diese zu fördern, um eine Unterbrechung in der Entwicklung zu vermeiden,
- c) sich mit dem Kind in der ihm gemäßen Form zu beschäftigen (z. B. Trost und Zuwendung geben, spielen, basteln, vorlesen), um seine soziale und altersgemäße Entwicklung zu fördern. Mit dieser für das Kind gewohnten Tätigkeit seines Alltages — dem Spiel — kann es sich auf vielfältige Weise mitteilen. Die Kinderkrankenschwester wird bei der Begleitung und Förderung dieser für das Kind so wichtigen Tätigkeit
 - viel über das Kind und seinen augenblicklichen Zustand erfahren,
 - bei auffälligem Spielverhalten andere Fachleute hinzuziehen,
 - Begleiterin in für das Kind gewohnten (Spiel-) Situationen sein und damit das Vertrauen des Kindes gewinnen, was wiederum die Tätigkeiten der Pflege erleichtert,
- d) ihre rechtliche Verpflichtung der Beaufsichtigung des Kindes zu erfüllen.“

Die besondere Bedeutung von Eltern und Bezugspersonen für die Heilungschancen bei Kindern führte die Expertengruppe für die Kinderkrankenpflege zu folgender Bewertung:

„Ein einflußnehmender Faktor auf den Aufgabenbereich ist die Anwesenheit von Eltern bzw. Bezugspersonen des Kindes, die zwischen kurzen, täglichen Besuchen über ausgedehnte Anwesenheit bis zur Mitaufnahme eines Elternteiles reicht. Der Erhalt der Eltern-Kind-Beziehung ist als wesentlicher Faktor zur Bewältigung der für das Kind fremden Situation im Krankenhaus unumgänglich.

Aus der Notwendigkeit der Elternanwesenheit ergeben sich für die Kinderkrankenschwester neue Aufgaben, die unter dem Begriff der ‚Integration der Eltern‘

zusammenzufassen sind. Hier sind insbesondere die Anleitung zu pflegerischen Maßnahmen zu nennen, dazu vielfache Erklärungen und der oft erforderliche und begründete Zuspruch in Angst- und Stresssituationen der Eltern, da ein Krankenhausaufenthalt für das Kind und seine Eltern immer auch ein Ausnahmezustand ist.

Außerdem unterliegen die Tätigkeiten der Eltern auf Station einer ständigen Kontrolle durch die Kinderkrankenschwester, da sonst die Krankenbeobachtung und mit ihr eine Feststellung des zu erreichenden Pflegezieles unmöglich ist.

Ein möglichst spannungsfreier und unkomplizierter Umgang mit den begleitenden Eltern hat positive Auswirkungen auf den Umgang mit dem kranken Kind, das auf diese Weise leichter Vertrauen

zu den betreuenden Kinderkrankenschwestern gewinnt.“

Zu § 9 (Pflegestufen und Patientengruppen)

Für die Kinderkrankenpflege wird der Bereich der „Allgemeinen Pflege“ in drei Unterbereiche aufgeteilt, weil der Pflege- und Betreuungsaufwand nach dem Alter des zu pflegenden Kindes stark differiert.

Es werden drei Altersgruppen gebildet, und zwar die Gruppe „Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge“ (F), „Kleinkinder“ (K) sowie „Schulkinder und Jugendliche“ (J).

Die drei Altersgruppen sind wie folgt definiert:

Früh-/Neugeb./Säugl.	Kleinkinder	Schulk./Jugendl.
<i>Frühgeborene</i> bis 37. Schwangerschaftswoche unter 2 500 g	ab 13. Lebensmonat bis 5. Lebensjahr	<i>Schulkinder</i> ab 6. Lebensjahr
<i>Kranke Neugeborene</i> bis zum 28. Lebenstag		<i>Jugendliche</i> bis 17. Lebensjahr
<i>Säuglinge</i> bis zum 12. Lebensmonat		

Zu Absätzen 1 und 2

Die zu §§ 4 und 5 gegebenen Erläuterungen gelten entsprechend, wobei sich hier die inhaltliche Gestaltung der Stufung für die „Allgemeine Pflege“ und die „Spezielle Pflege“ aus den Einordnungsmerkmalen nach Anlagen 3 und 4 ergibt, die Bestandteile der Regelung sind.

Zu § 10 (Minutenwerte)

Die zu § 6 gegebenen Erläuterungen gelten entsprechend.

Aufgrund der unterschiedlichen infrastrukturellen Gegebenheiten konnte der Zeitaufwand für behandlungsnotwendiges Begleiten nicht in den Minutenwerten berücksichtigt werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Zeitwerte dafür gesondert verhandelt werden.

ZUM VIERTEN ABSCHNITT (Schlußvorschriften)

Der Abschnitt enthält die Inkrafttretens- und Übergangsvorschriften.

Zu § 11 (Inkrafttreten und Übergangsvorschriften)

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt das Inkrafttreten der Regelung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt, vorbehaltlich Absatz 3, eine möglichst rasche Verbesserung der Personalsituation

sicher. Nach Satz 1 ist die neue Personalbemessung bei jeder Pflegesatzverhandlung nach dem 1. Januar 1993 zugrunde zu legen. Unabhängig davon können Krankenhäuser, deren Budget- und Pflegesatzzeitraum erst begonnen hat, nach Satz 2 eine Neuvereinbarung des Budgets unter Anwendung dieser Regelung verlangen. Damit das in § 1 KHG vorgeschriebene Prinzip der prospektiven Budget- und Pflegesatzvereinbarung gewahrt bleibt, bestimmt Satz 3, daß die neue Personalbemessung und die neu zu vereinbarenden Pflegesätze nur für die noch verbleibende Restlaufzeit des Pflegesatzzeitraums vereinbart werden dürfen. Die Restlaufzeit beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem eine Vertragspartei das Verlangen auf Neuverhandlung erklärt hat. Voraussetzung für jede Vereinbarung des Budgets für das Jahr 1993 ist die Vorlage der Ergebnisse der Patientenzuordnung eines Quartals.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß die Personalbemessung nach dieser Regelung grundsätzlich vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1996 zu realisieren ist. Darüber hinaus regelt Absatz 3, daß der anerkannte, zusätzliche Personalbedarf stufenweise in einem Zeitraum von vier Jahren zu einer entsprechend höheren Zahl von Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser führt. Ein Übergangszeitraum ist wegen der zusätzlichen finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig. Im übrigen wird die derzeitige Arbeitsmarktlage eine schnelle Besetzung der Personalstellen erschweren.

Im Übergangszeitraum ist die Personalbemessung in jeder Pflegesatzverhandlung erneut zu vereinbaren. Dabei kann sich beispielsweise aufgrund einer veränderten Zahl der Patienten in den Patientengruppen ein neues Personal-Soll ergeben; liegt es über der in der letzten Pflegesatzvereinbarung vereinbarten Stellenzahl, so ist eine stufenweise Anpassung im verbleibenden Übergangszeitraum vorzunehmen. Liegt das neue Personal-Soll unter der tatsächlichen Personalbesetzung, ist es ohne Übergangsfrist zu realisieren.

Zu Absatz 4

Absatz 4 verhindert in der Übergangszeit Gewinne der Krankenhäuser aus nicht besetzten Personalstellen, zu denen es insbesondere aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktsituation in den Krankenpflegeberufen kommen kann. Die Vorschrift regelt eine Ausnahme von der grundsätzlich prospektiven Budgetvereinbarung nach § 4 BpflV, die solche nachträglichen Verrechnungen nicht zuläßt. Gegen die Einsparungen aus nicht besetzten Stellen sind entsprechende Mehrkosten, z. B. aufgrund von Überstunden, zu verrechnen.

Zu Anlagen 1 bis 4

Auf der Basis dieser Anlagen werden die Patienten getrennt sowohl nach dem A- und S-Bereich als auch nach Erwachsenen und Kindern den Pflegestufen zugeordnet.

Grundsätzlich ist, mit einer Ausnahme, die erste Pflegestufe (A 1, S 1, KS 1) eine Residualgröße. Patienten, die den beiden höheren Pflegestufen nicht zugeordnet werden können, gehören in die erste Pflegestufe. Im Bereich „Allgemeine Pflege“ (Kinderkrankenpflege) ist die höchste Pflegestufe (KA 3) die Residualgröße, d. h. alle Patienten, die weder KA 1 noch KA 2 zugeordnet werden können, werden in KA 3 eingestuft.

Da diese Anlagen ausschließlich dem Ziel der Einordnung dienen, d. h. Kriterien ausweisen, die eine schnelle und klare Zuordnung ermöglichen, wäre es falsch, in ihnen alle pflegerischen Leistungen finden zu wollen. Diese sind in den beigefügten Tätigkeitsprofilen (Materialien) zu finden.

Zu Anlage 5

Diese Anlage hilft dem Krankenhaus, seiner Nachweispflicht gegenüber den Kostenträgern differenziert und rationell nachzukommen.

Zu Artikel 10 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 97)

Wegen der bisher gesetzlich vorgesehenen aufschiebenden Wirkung einer Klage gegen eine Anordnung

der Aufsichtsbehörde hatte die Aufsicht keine Möglichkeit, die Sozialversicherungsträger und ihre Verbände zeitnah zur Aufsichtsordnung in die Verantwortung zu nehmen und die Anwendung gesetzlicher Vorschriften sofort sicherzustellen. Um alsbald Ergebnisse zu erzielen und langandauernde Rechtsstreitigkeiten und die damit verbundene Verzögerung bei der Erfüllung gesetzlicher Ziele zu vermeiden, fällt die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden weg, wenn sie die sofortige Vollziehung aus sachgerechten Gründen anordnet.

Zu Nummer 2 (§ 193)

Nachdem der Katalog der Streitigkeiten in der Sozialgerichtsbarkeit, für die sich die Gebühren des Rechtsanwalts nach dem Gegenstandswert berechnen, erheblich ausgeweitet wurde, ist es in bestimmten Fällen nicht mehr angemessen, staatliche Einrichtungen — soweit sie Kläger oder Beklagte sind — mit den außergerichtlichen Kosten für eigene Prozeßbevollmächtigte auch dann zu belasten, wenn sie obsiegen.

Zu Artikel 11 (Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes)

Folgeänderung zu § 257 Abs. 2a und 2b SGB V.

Zu Artikel 12 (Änderung der Gebührenordnung für Ärzte)

Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung der Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen. Zum Ausgleich für nicht entstandene Praxiskosten sollen liquidationsberechtigte Krankenhausärzte bei wahlärztlichen Leistungen einen Abschlag von mindestens 50 % der nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Gebühren tragen. Der Abschlag soll je zur Hälfte die Wahlarztpatienten — durch eine entsprechende Gebührenminderung — und den Pflegesatz des Krankenhauses entlasten.

Zu Nummer 1 (§ 6a Abs. 1)

Die Erhöhung der Gebührenminderung für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen kommt unmittelbar insbesondere den Patienten zugute, die wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung in Anspruch nehmen. Sie erstreckt sich jedoch auch auf stationäre privatärztliche Leistungen in Einrichtungen, die nicht dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, wie z. B. Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, da auch insoweit eine Gebührenminderung in diesem Umfang sachgerecht ist.

Für stationäre Leistungen niedergelassener Ärzte gilt die Gebührenminderungspflicht in dem bisherigen Umfang weiter. Insoweit besteht für eine Erhöhung der Gebührenminderung kein Anlaß, weil sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieser Ärzte wesentlich von denen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte unterscheiden, die vom Krankenträger für ihre Tätigkeit ein festes Gehalt beziehen. Bei Belegärzten ist überdies zu berücksichtigen, daß sie die Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten selbst zu tragen haben.

Der bisherige Satz 2 des § 6a Abs. 1 entfällt mangels praktischer Bedeutung.

Zu Nummer 2 (§ 6a Abs. 2)

Die Streichung ist eine redaktionelle Anpassung an die sich aus Buchstabe a ergebenden Änderungen.

Zu Artikel 13 (Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Im Hinblick auf die sich auch auf liquidationsberechtigte Krankenhauszahnärzte erstreckende Neuregelung der Kostenerstattung für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen wird die Gebührenminderung für stationäre privat Zahnärztliche Leistungen nach § 7 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) den nach Artikel 13 geänderten Parallelregelungen zu § 6a der Gebührenordnung für Ärzte angepaßt.

Zu Buchstaben a und b (§ 7)

Die Begründung zu Artikel 13 Buchstabe a (§ 6a der Gebührenordnung für Ärzte) gilt entsprechend.

Zu Artikel 14 (Datenerhebungen zur Prüfung von Finanz- und Risikoausgleichsverfahren)

Die Vorschrift regelt eine zeitlich begrenzte Erhebung von Versicherten-, Einnahme- und Ausgabedaten durch Krankenkassen. Ziel dieser Erhebung ist, eine wissenschaftliche Prüfung der finanziellen Auswirkungen von Finanz- und Risikoausgleichen zwischen einzelnen Krankenkassen und Kassenarten zu ermöglichen. Die wissenschaftlichen Datenauswertungen sollen verlässliche Grundlagen für die politische Entscheidung über gesetzliche Maßnahmen zum Abbau der strukturell bedingten Beitragssatzunterschiede und zum Ausbau der Kassenwahlrechte herstellen. Zum Abbau von Beitragssatzunterschieden sind unterschiedliche Ausgleichsverfahren zwischen Krankenkassen denkbar. In der Wissenschaft werden insbesondere verschiedene Finanz- und Risikoausgleichsverfahren erörtert. Finanzausgleichsverfahren, wie sie gegenwärtig bereits bestehen (§§ 265 ff. SGB V), können Ausgabenunterschiede zwischen

Kassen und Kassenarten ausgleichen. Risikoausgleichsverfahren dagegen können die finanziellen Auswirkungen einer unterschiedlichen Verteilung „ungünstiger“ Versichertenrisiken zwischen Kassen und Kassenarten beeinflussen. Dabei wird allgemein davon ausgegangen, daß die Risikostruktur einer Kasse vor allem durch die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlöhne), die Zahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen, das Alter und Geschlecht der Versicherten sowie vom Anteil der versicherten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner beeinflusst wird.

Mit den von den Krankenkassen z. Z. erfaßten Daten können die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Ausgleichsverfahren nicht mit hinreichender Sicherheit geprüft werden. Hierzu fehlen vor allem aktuelle und hinreichend differenzierte Daten über die Grundlöhne und über die nach Altersgruppen, Geschlecht, mitversicherten Familienangehörigen und Mitgliedergruppen getrennte Informationen über die Leistungsausgaben der Kassen.

Finanz- oder Risikoausgleiche können für den Beitragszahler, für die einzelne Kasse und für die betroffene Region erhebliche finanzielle Auswirkungen haben: Bereits eine Beitragssatzerhöhung oder -senkung um einen Prozentpunkt kann den Beitrag für ein Mitglied um über 600 DM im Jahr erhöhen oder verringern. Eine verlässliche und differenzierte Prüfung der Ausgleichsmechanismen erfordert deshalb eine möglichst tief nach Versichertengruppen und Regionen gegliederte solide Datenbasis. Andererseits ist aber auch der finanzielle Aufwand der Datenerfassung zu berücksichtigen. Mit der Regelung wird deshalb ein Mittelweg eingeschlagen, der für das Ziel hinreichende Daten bei vertretbarer Kostenbelastung der Beteiligten liefert. Auch die Beschränkung der Datenregionalisierung nach Absatz 4 auf die Ebene der Bundesländer trägt diesen Zielen Rechnung.

Die zu erfassenden Daten sind nicht versichertenbezogen, weil dies für das Ziel der Regelung nicht erforderlich ist.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt Ausgabe- und Einnahmedaten, die überwiegend bereits laufend von den Krankenkassen erfaßt werden. Neu ist, daß auch die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner für das Jahr 1994 zu erfassen sind. Diese Information ist notwendig, um die finanziellen Auswirkungen eines Ausgleichs unterschiedlicher Grundlöhne zwischen den Krankenkassen unter Einbezug der Rentner prüfen zu können.

Zu Absatz 2

Die Erhebung der Zahl der Versicherten, nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt, erfolgte bislang jährlich. Dabei wurden die Altersgruppen 0 bis unter 15 Jahren, 80 Jahre und älter und die übrigen Versicherten mit Fünf-Jahresabständen erfaßt. Für Kleinkinder und über 80jährige Versicherte sieht die Rege-

lung ebenfalls eine Erfassung mit Altersabständen von fünf Jahren vor, weil sich das Krankheitsrisiko in diesen Altersgruppen erheblich unterscheiden kann. Dabei sollen Versicherte, die 90 Jahre und älter sind, zu einer Altersgruppe zusammengefaßt werden. Neu ist auch die Trennung dieser Informationen nach den in §§ 241 bis 247 SGB V genannten Mitgliedergruppen und nach der Gruppe der Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner oder Bezieher eine Rente für Bergleute. Diese Trennungen sind für jede Krankenkasse notwendig, um die unterschiedlichen Leistungsansprüche, Beitragssätze und die besonderen Risikomerkmale der genannten Mitgliedergruppen bei der Prüfung von Finanz- und Risikoausgleichsverfahren berücksichtigen zu können.

Für die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner oder der Bezieher für Bergleute ist eine getrennte Erfassung nach Alter und Geschlecht notwendig, weil diese Mitgliedergruppe Krankheitsrisiken hat, die von den Krankheitsrisiken der übrigen Versichertengruppen erheblich abweichen. Die für die Erfassung der Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner notwendigen Daten erhalten die Kassen versichertenbezogen von den Rentenversicherungsträgern oder von der Deutschen Bundespost nach der Regelung in Absatz 7. Das Ziel der Datenerhebung, die wissenschaftliche Prüfung der finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Finanz- und Risikoausgleichsverfahren auf jede einzelne Kasse zu ermöglichen, wäre ohne eine vollständige und getrennte Erfassung der genannten Versichertengruppen nicht zu erreichen. Eine auf einzelne Regionen begrenzte Erfassung wäre unzureichend, weil die Versichertengruppen regional in bedeutsamerem Umfang unterschiedlich verteilt sein können. Wegen des hohen Anteils der Frauen an den Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentnern von über 50 % und an den Witwen- und Witwenrentnern von rund 98 % liefern auch Schätzungen nach den Merkmalen Alter und Rentner keine hinreichenden Informationen über die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner.

Zu Absatz 3

Die Informationen über die nach Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten getrennten Leistungsausgaben sind für die Prüfung von Risikoausgleich erforderlich. Um den Erfassungsaufwand zu begrenzen, sind diese Daten nur in drei bis fünf Bundesländern in Stichproben zu erfassen. Da die relativen Abweichungen der Leistungsausgaben je Versicherten zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten nach den bisherigen Erfahrungen bei den Krankenkassen voraussichtlich vergleichbar sind, reicht die auf einige Regionen und auf einen Stichprobenumfang von höchstens 10 % aller Versicherten begrenzte Erfassung aus. Durch die Auswahl verschiedener Regionen kann eine breite Datenbasis für die Hochrechnung der notwendigen Informationen auf alle Kassen hergestellt werden. Mit der Regelung werden auch Besonderheiten in den neuen Bundesländern hinreichend berücksichtigt.

Zu Absatz 4

Eine nach Bundesländern getrennte Erfassung der Daten ist für die Prüfung von Finanz- und Risikoausgleichsverfahren erforderlich, die auf die Landesebene begrenzt sind. Auch die Auswirkungen von bundesweiten Finanz- und Risikoausgleich auf die Wettbewerbssituation einzelner Krankenkassen können nur auf der Grundlage regionalisierter Informationen über die Mitgliederstrukturen, die Grundlöhne und die Leistungsausgaben ermittelt werden. Diese Daten werden bei bundesunmittelbaren Kassen bislang nicht regionalisiert erfaßt. Satz 2 schreibt einheitliche Merkmale für die regionale Zuordnung der Daten vor. Die Ausnahmeregelung nach Satz 3 berücksichtigt, daß ein erheblicher Teil der Mitglieder der See-Krankenkasse nicht regional zugeordnet werden kann. Mit Rücksicht auf den Erhebungsaufwand werden in Satz 4 für bestimmte Kassen weitere Ausnahmen ermöglicht.

Zu Absatz 5

Absatz 5 beschreibt den Abgabezeitpunkt und den Adressaten der Ergebnisse der Datenerhebung. Ergebnisse der Datenerhebung sind nicht versichertenbezogene oder -beziehbare Einzeldaten, sondern die Summen der Leistungsausgaben, Beitragseinnahmen und beitragspflichtigen Einnahmen je Kasse in der Gliederung nach Absatz 1, die auf die jeweiligen Versichertengruppen nach Absatz 2 bezogene Zahl der Versicherten und die Summen der Leistungsausgaben und Krankengeldtage je Versichertengruppe nach Absatz 3, bei bundesunmittelbaren Kassen gegliedert nach den Vorgaben in Absatz 4. Adressat der Ergebnisse ist nicht der Bundesminister für Gesundheit, sondern der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, weil dieser auch die zuständige Stelle für die Vorlage von Geschäftsübersichten und anderen Statistiken ist (§ 79 Abs. 1 SGB IV).

Zu Absatz 6

Absatz 6 Satz 1 und 2 ermächtigt Kassen, auf dem Krankenschein Kennzeichnungen für Bundesländer und für die in Absatz 3 genannten Versichertengruppen zu verwenden. Die Sätze 3 bis 5 verpflichten die Leistungserbringer und die Abrechnungsstellen, die auf dem Krankenschein angegebenen zusätzlichen Kennzeichen bei der Leistungsabrechnung zu verwenden. Diese zusätzlichen Angaben bei der Leistungsabrechnung sind erforderlich, um die Erfassung der Mitglieder- und Leistungsdaten mit vertretbarem Aufwand und möglichst geringer Fehlerhäufigkeit zu gewährleisten. Die Übertragung der Kennzeichen auf das Verordnungsblatt ist notwendig, weil auch die Erbringer veranlaßter Leistungen diese Kennzeichen bei der Abrechnung ihrer Leistungen verwenden müssen. Versicherte haben gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf nähere Informationen über den Inhalt und die Verwendung der Kennzeichen (§ 19 Bundesdatenschutzgesetz).

Zu Absatz 7

Nach Absatz 1 werden die Kassen verpflichtet, die beitragspflichtigen Einnahmen auch für Rentner zu erfassen. Absatz 2 verpflichtet die Kassen, die Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner nach Alter und Geschlecht getrennt zu erfassen. Informationen über die Rentenhöhen der versicherungspflichtigen Rentner und über eine Unterscheidung der Gruppe der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner liegen den Krankenkassen jedoch nicht vor. Absatz 7 verpflichtet die Rentenversicherungsträger deshalb, den jeweiligen Krankenkassen die Rentensummen der pflichtversicherten Rentner und die notwendigen Informationen über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentner zu melden. Bei bundesunmittelbaren Kassen ist die Meldung nach Bundesländern, in denen die Rentner ihren Wohnsitz haben, zu trennen.

Da die Rentenversicherungsträger Informationen über die für die Rentner zuständigen Krankenkassen nicht vollständig in maschinell verwertbarer Form verfügbar haben, müssen zunächst die Krankenkassen diese Informationen nach Satz 1 maschinell verwertbar an die Rentenversicherungsträger liefern. Hierzu sind das Kassenkennzeichen und die Rentenversicherungsnummer zu verwenden. Die Rentenversicherungsträger übermitteln die Daten zur Rentenhöhe nach Satz 2 nicht versichertenbezogenen, sondern für jede Kasse in einer Summe unter Berücksichtigung der Regionen nach Absatz 4. Die Information nach Satz 3 über den Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ist versichertenbezogen. Da diese Informationen für den Zweck der Regelung notwendig und ohne Versichertenbezug nicht herstellbar ist, (vgl. Begründung zu Absatz 2) ist ihre Übermittlung datenschutzrechtlich vertretbar. Krankenkassen dürfen diese Information nur für die Aufgaben nach dieser Regelung verwenden. Die Verpflichtung zur Löschung der Informationen nach Erfüllung der Aufgaben trägt dem Datenschutz Rechnung.

Die Rentenversicherungsträger können die Durchführung ihrer Aufgaben auf die Deutsche Bundespost übertragen, die im Auftrag der Rentenversicherungsträger bereits in der Vergangenheit Rentenauskünfte erteilt hat. In diesem Fall sind der Deutschen Bundespost entstehende Kosten durch den Rentenversicherungsträger zu erstatten.

Zu Absatz 8

Absatz 8 verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen, Einzelheiten zum Ablauf und Verfahren der Datenerhebungen in einer gemeinsamen Vereinbarung zu regeln. Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen konzentriert sich auf die Verpflichtung der Ärzte und Zahnärzte zur Angabe zusätzlicher Informationen auf den Verordnungsblättern und bei der Leistungsabrechnung. Die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger

regelt Ablauf und Verfahren der Meldungen nach Absatz 7.

Zu Absatz 9

Eine Ersatzvornahmeregulierung zur Sicherung eines frist- und sachgerechten Erhebungsablaufs erscheint notwendig, da wegen der unterschiedlichen Interessen der beteiligten Verbände ein Scheitern der Vereinbarungen nicht ausgeschlossen werden kann.

Zu Absatz 10

Absatz 10 regelt die Kostenverteilung zwischen den Beteiligten.

Zu Absatz 11

Die Ausnahmeregelung berücksichtigt die finanzierungs- und leistungsrechtlichen Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 15 (Budgetierung der Verwaltungsausgaben)*Zu Absatz 1*

Entsprechend den Regelungen in den meisten Leistungsbereichen der Krankenkassen, für die sich die Ausgaben in den Jahren 1993, 1994 und 1995 nur in dem Maße verändern dürfen, wie sich im gleichen Zeitraum die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt entwickeln, sollen sich auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nur verändern.

Beim Zusammenschluß von Krankenkassen richtet sich die Veränderung der Verwaltungsausgaben nach der Summe der für die beteiligten Einzelkassen vor dem Zusammenschluß bestehenden Höhe der Verwaltungsausgaben. Bei der Neugründung einer Krankenkasse ist die Vorschrift nicht anwendbar.

Die Regelung in Satz 3 stellt sicher, daß die Krankenkassen auch bei Fehleinschätzung der Entwicklung der Verwaltungsausgaben ihre gesetzlichen Aufgaben und rechtlich bindenden Verpflichtungen bis zum jeweiligen Jahresende erfüllen können.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Parallelvorschrift für die neuen Bundesländer.

Satz 2 beinhaltet eine Sonderregelung für die Ermittlung der Ausgangsbasis im Jahr 1991 bei den Betriebskrankenkassen im Beitrittsgebiet. Die Ausnahmeregelung ist notwendig, da die Personalausgaben im Jahr 1991 anders als in den Folgejahren von den Krankenkassen zu tragen waren (vgl. § 312 Abs. 4 SGB V).

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine Parallelvorschrift für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Zu Absatz 4

Die Regelung gewährleistet eine gleichmäßige Auslegung des Begriffs der Verwaltungsausgaben.

Die Ausnahme berücksichtigt, daß beispielsweise die Verwaltungskosten für die Durchführung von Sozialversicherungsabkommen allein von den Allgemeinen Ortskrankenkassen zu tragen sind oder daß die Kosten für Meldungen aufgrund des Gesetzes zur Einführung eines Sozialversicherungsausweises und des Meldeverfahrens für geringfügig Beschäftigte allein die Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen treffen.

Zu Absatz 5

Die Regelung gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, in Sonderfällen, in denen die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben oder vertraglicher Verpflichtungen die Krankenkassen vor unlösbare finanzielle Probleme stellt, eine betragsmäßig begrenzte Budgetüberschreitung zu gestatten. Mit der Regelung kann außerdem besonderen Situationen einzelner Krankenkassen im Beitrittsgebiet Rechnung getragen werden.

Zu Artikel 16 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen sowie der durch dieses Gesetz erlassenen Pflege-Personalverordnung zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Zu Artikel 17 (Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes)

Die Vorschrift ist wegen der Einführung eines einheitlichen Wahlrechts für die freiwillig Versicherten aller Krankenkassen (Artikel 1 Nr. 2) entbehrlich.

Zu Artikel 18 (Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen)

Um die Ziele des Reformpakets zu erreichen, können dem Gesetz zuwiderlaufende Vereinbarungen nicht aufrechterhalten bleiben. Das Gesetz formuliert die Bedingungen und Voraussetzungen der Beteiligung an der gesetzlichen Krankenversicherung neu; insoweit entfallen die Geschäftsgrundlagen für überholte Vereinbarungen.

Zu Artikel 19 (Vorrang von Vereinbarungen der Selbstverwaltung)

Die Rechtsverordnungen sollen ihre Geltung verlieren, sobald die Selbstverwaltung ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommt. Die vorgesehene Subsidiarität der Rechtsverordnung berücksichtigt damit den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und stärkt die Handlungsmöglichkeit der Selbstverwaltung.

Einer Außerkraftsetzung durch eine weitere Rechtsverordnung bedarf es nicht. Die Regelungsmaterie kann ebenso durch die Selbstverwaltung per Vereinbarung wie durch den Ordnungsgeber geregelt werden. Stehen förmliche Rechtsverordnung und Vereinbarungen der Selbstverwaltung nebeneinander, so ist es dem Gesetzgeber unbenommen, der Selbstverwaltung den Vortritt zu lassen.

Zu Artikel 20 (Arznei- und Heilmittelbudget für 1993)

Die erstmalige Festsetzung des Budgets für Arznei-, Verband- und Heilmittel für das Jahr 1993 wird durch gesetzliche Vorgaben geregelt. Grundlage sind die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen über die Ausgaben im Jahr 1991.

In Absatz 1 werden die Faktoren bestimmt, um die die Ausgaben des Jahres 1991 zu bereinigen sind.

Absatz 2 regelt das Verfahren der Zuordnung der Ausgaben zum Geltungsbereich des jeweiligen Budgets.

Absatz 3 bestimmt, daß das Budget bis zum Inkrafttreten entsprechender Vereinbarungen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fortgilt.

Die in Absatz 4 getroffene Sonderregelung für die neuen Bundesländer trägt der in diesen Ländern geltenden Abschlagsregelung für Arzneimittel nach § 311a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Rechnung. Budgets nach Absatz 1 gelten deshalb in diesen Ländern erst für 1994, nach Auslaufen der Abschlagsregelung.

Zu Artikel 21 (Preismoratorium für Arzneimittel)

Durch die Regelung wird eine finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Arzneimittelausgaben für die Jahre 1993 und 1994 erreicht. Die Preisabsenkung wird auf solche apothekenpflichtigen Arzneimittel beschränkt, für die noch kein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt ist. Damit werden auch die Hersteller dieser Arzneimittel zur finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Die damit verbundene Belastung ist zumutbar, da diese Mittel von dem preisdämpfenden Effekt der Festbeträge — durchschnittlich ./. 10 bis 20 % in den vergangenen Jahren — bisher nicht betroffen sind. Gerechtfertigt ist dieser Eingriff in die Preisbildung, da die Arzneimittelhersteller in hohem Maße

von der Finanzierungsfunktion der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren und, wie das Bundesverfassungsgericht wiederholt festgestellt hat, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gemeinwohlaufgabe von hohem Rang ist.

Die Regelung gilt auch in den neuen Bundesländern; sie bleibt hier jedoch im Jahr 1993 insoweit ohne Wirkung, als sich durch die Preissenkung eine Verringerung des Defizits bei den Arzneimittelausgaben ergibt. Die dadurch ermöglichte Verringerung des Rechnungsabschlags nach § 311 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch soll im Rahmen der nach § 311 a Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Anpassung des Rechnungsabschlages erfolgen.

Die geringere Preisabsenkung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel trägt der Tatsache Rechnung, daß diese Mittel etwa zu gleichen Teilen sowohl in der Selbstmedikation gekauft als auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Absatz 2 sieht eine Überprüfung der Notwendigkeit des Preisabschlages entsprechend der Transparenzrichtlinie der EG vor.

Absatz 3 stellt klar, daß die Regelung nicht für Arzneimittel gilt, die nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen.

Zu Artikel 22 (Überleitungsvorschriften)

Zu § 1 (Altersgrenze für Kassenärzte)

Die Vorschrift trifft eine Regelung für die Fälle, in denen Kassenärzte/Kassenzahnärzte und angestellte Ärzte/Zahnärzte am 1. Januar 1999 das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben.

Zu § 2 (Eintragung in das Arztregister)

Eintragungen in das Arztregister, die vor Inkrafttreten der Neuregelung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorgenommen worden sind, sollen zur Kassenzulassung nur dann berechtigen, wenn der Antrag auf Zulassung als Kassenarzt innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Neuregelung gestellt wird.

Zu § 3 (Preisvereinbarung bei Hilfsmitteln)

Die Vorschrift stellt einen nahtlosen Übergang vom bisherigen auf das neue Recht sicher. Bestehende Preisvereinbarungen oder Versorgungsverträge zwischen Verbänden der Krankenkassen und Verbänden der Leistungserbringer können noch bis 31. Dezember 1993 bestehen bleiben, um Krankenkassen und Leistungserbringern genügend Zeit für die Umstellung auf wettbewerbliche Preis- und Vertragsregelungen zu lassen.

Zu § 4 (Auskünfte an Versicherte)

Bis zur Ablösung durch § 305 neue Fassung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sollen den Versicherten ihre Auskunftsrechte ungeschmälert erhalten bleiben.

Zu Artikel 23 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die finanzielle Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt Sofortmaßnahmen. Es gilt, einen weiteren Anstieg der Beitragssätze unverzüglich zu verhindern.

Zu Absatz 2

Die Regelungen zur Weiterbildung treten erst am 1. Januar 1994 in Kraft, um die erforderlichen organisatorischen Vorbereitungen zu ermöglichen.

Die Regelung über die Pauschalförderung der Krankenhäuser tritt erst am 1. Januar 1994 in Kraft, um den Ländern, soweit erforderlich, eine Anpassung ihres Förderrechts zu ermöglichen.

Zu Absatz 3

Die pflegesatzrelevanten Regelungen über die Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen und die Kosten von Wirtschaftlichkeitsprüfungen treten erst am 1. Januar 1996 — nach Beendigung der Grundlohnanbindung der Krankenhausbudgets — in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die im Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes vorgesehenen Maßnahmen sollen gemeinsam mit dem gleichzeitig vorgelegten Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des SGB V zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung soll durch die gesetzlichen Neuregelungen gewährleistet werden.

I. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in 1993

Durch die mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1993 wirksam werdenden Maßnahmen soll die gesetzliche Krankenversicherung ab 1993 jährlich um ca. 8,2 Mrd. DM entlastet werden. Von diesen Entlastungen entfallen ca. 7,4 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den alten Bundesländern und ca. 0,8 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern.

Den finanziellen Entlastungen stehen 1993 Mehrausgaben von ca. 310 Mio. DM gegenüber (Personalre-

gelung Krankenpflege, Psychiatrie-Personalverordnung), von denen ca. 230 Mio. DM in den alten und ca. 80 Mio. DM in den neuen Bundesländern anfallen.

Die finanziellen Auswirkungen, die sich aus den einzelnen Maßnahmen in den einzelnen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung für 1993 ergeben, verdeutlicht die folgende Übersicht:

Finanzielle Auswirkungen für das Jahr 1993

1. Finanzielle Entlastungen	
Krankenhaus	
— Grundlohnbindung	rd. 2,50 Mrd. DM
— Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte	rd. 0,84 Mrd. DM
Ärztliche Behandlung	
— Grundlohnbindung	rd. 0,75 Mrd. DM
Zahnärztliche Behandlung	
— Grundlohnbindung (zahnärztliche Behandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen, ohne Zahnersatz)	rd. 0,40 Mrd. DM
— Absenkung Bema-Zahnersatz um 20 v. H.	rd. 0,54 Mrd. DM
— Absenkung der zahntechnischen Preise um 10 v. H. . .	rd. 0,32 Mrd. DM
Arzneimittel	
— Preismoratorium Pharmahersteller	rd. 1,50 Mrd. DM
— Budget (Mengenstabilisierung)	rd. 0,56 Mrd. DM
Heilmittel	
— Budget (Mengenstabilisierung)	rd. 0,20 Mrd. DM
Stationäre Kuren	
— Grundlohnbindung	rd. 0,35 Mrd. DM
Verwaltungsausgaben Krankenkassen	
— Grundlohnbindung	rd. 0,24 Mrd. DM
Summe der finanziellen Entlastungen	rd. 8,20 Mrd. DM
2. Mehrausgaben	
Personalregelung Krankenpflege	rd. 0,21 Mrd. DM
Psychiatrie-Personalverordnung	rd. 0,10 Mrd. DM
	rd. 0,31 Mrd. DM

II. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren nach 1993

1. Die mit Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werdenden Maßnahmen werden die gesetzliche Krankenversicherung auch in den folgenden Jahren in

den alten Bundesländern in einer ähnlichen Größenordnung finanziell entlasten wie 1993. Für den Bereich der neuen Bundesländer dürfte das Entlastungsvolumen mit der Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse sich mittelfristig schrittweise einem Wert nähern, der — entsprechend dem dortigen Versichertenanteil — bei ca. einem Viertel des Entlastungsvolumens in den alten Bundesländern liegen könnte.

Zusätzlich zu den sofort ab 1993 wirksamen und z. T. auf die Jahre 1993 bis 1995 beschränkten Maßnahmen der Ausgabenbegrenzung tragen eine Vielzahl struktureller Regelungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Diese Maßnahmen, deren finanzielle Auswirkungen im einzelnen nicht quantifizierbar sind, sollen z. T. bereits ab 1993, vor allem jedoch in den Folgejahren mittelfristig zu finanziellen Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen führen. Hierzu zählen insbesondere:

- Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen im Krankenhaus anstelle tagesgleicher Pflegesätze
- Verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung
- Maßnahmen zur Begrenzung der Zahl der Kassenärzte
- Verbesserungen im Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Raschere Einführung von Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel
- Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz; insbesondere Einführung der Krankenversichertenkarte.

Die strukturellen Maßnahmen sollen sicherstellen, daß die Entlastungen der Krankenkassen durch die vorgesehene Grundlohnbindung für die Jahre 1993 bis 1995 auch nach Auslaufen dieser Regelung zu einer dauerhaften finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen und Beitragssatzstabilität sicherstellen.

2. Die von 1993 bis 1996 sich schrittweise auf der Basis des Jahres 1992 erhöhenden Mehrausgaben für die Personalregelung Krankenpflege (1993: 210 Mio. DM; 1994: 425 Mio. DM; 1995: ca. 640 Mio. DM; 1996: ca. 850 Mio. DM) werden im Wege der Entlastung der Krankenkassen durch die erhöhte Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte auch auf Dauer ausgeglichen.

Ausgehend vom Jahr 1991 führt die Pflege-Personalregelung zu insgesamt 26 000 neuen Stellen, was einem Finanzvolumen von 1,7 Mrd. DM entspricht. Nachdem die Kostenträgerseite im Vorgriff auf die Pflege-Personalregelung bereits 13 000 neue Stellen zugestanden hat, bleibt — nach Ablauf der ersten drei Jahre — eine Mehrbelastung von 850 Mio. DM.

Darüber hinaus kommen durch die Umsetzung der Psychiatrie-Pflegeverordnung in den Jahren 1993

bis 1995 je 100 Mio. DM Mehrausgaben hinzu, so daß sich folgende Belastung der Kostenträger ergibt: 1993 = 100 Mio. DM, 1994 = 200 Mio. DM, 1995 = 300 Mio. DM.

III. Auswirkungen auf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bundesregierung erwartet, daß die vorgesehenen Maßnahmen gemeinsam mit den Regelungen im Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des SGB V dazu beitragen, daß der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern zum 1. Juli 1992 bei rd. 12,6% liegt, bis Anfang 1993 noch ansteigen und in den folgenden Jahren stabil bleiben wird. Für die neuen Bundesländer erwartet die Bundesregierung, daß der zum 1. Juli 1992 erreichte Beitragssatz von rd. 12,7% noch geringfügig gesenkt und in den Jahren ab 1993 stabil bleiben wird.

IV. Finanzielle Auswirkungen bei den öffentlichen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern

1. Bund

Finanzielle Entlastungen durch dieses Gesetz wirken sich auf den Bund aus, da er die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte zu tragen hat, soweit diese Aufwendungen nicht durch Beiträge der Altenteiler gedeckt sind.

Der Bund wird demnach ab 1993 voraussichtlich in einer Größenordnung von ca. 70 Mio. DM entlastet.

Weitere finanzielle Entlastungen entstehen dem Bund als Beihilfeträger unmittelbar durch die Neuregelung zur Gebührenminderung und erhöhten Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte in Höhe von ca. 35 Mio. DM. Darüber hinaus führen insbesondere die Grundlohnanbindung der Krankenhauspflegesätze und die Senkung der Arzneimittelpreise zu Entlastungen im Rahmen der Beihilfe des Bundes und bewirken außerdem Entlastungen im Bereich der Heilfürsorge des Bundes und anderer Leistungsgesetze.

Soweit die vorgesehenen Regelungen zu Umsatzrückgängen — insbesondere im Bereich der Arzneimittel-

versorgung — führen, wird der Bund durch Einnahmeausfälle bei der Mehrwertsteuer belastet.

2. Länder und Gemeinden

Die Länder werden ebenso wie der Bund als Beihilfeträger durch die Neuregelung zur Gebührenminderung und Kostenerstattung liquidationsberechtigter Ärzte in einem Umfang von ca. 35 Mio. DM entlastet. Auch für die Beihilfe der Länder wirken sich die Grundlohnanbindung der Krankenhauspflegesätze und die Senkungen der Arzneimittelpreise finanziell entlastend aus. Ebenso ergeben sich Entlastungen im Bereich der Heilfürsorge der Länder.

Umsatzrückgänge im Arzneimittelbereich können ebenso wie beim Bund bei den Ländern zu Einnahmeausfällen bei der Mehrwertsteuer führen.

3. Finanzielle Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung

Die Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verhindert einerseits höhere Beitragszahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenversicherung der Rentner. Andererseits werden erhöhte Belastungen der Rentnerhaushalte und als Folge niedrigere jährliche Rentenanpassungen vermieden.

D. Preiswirkungsklausel

Die finanziellen Entlastungen im Krankenhaus, bei der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, im Bereich der Arznei- und Heilmittelversorgung, bei den stationären Kuren und im Bereich der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen wirken dämpfend auf die Preisentwicklung in diesen Bereichen.

Die als Folge des Gesetzes zu erwartende Beitragssatzstabilisierung verhindert Kostensteigerungen für Betriebe und private Haushalte. Die möglichen Preisveränderungen im Einzelfall lassen sich nicht im voraus quantifizieren; insgesamt dürften sie sich jedoch dämpfend und langfristig stabilisierend auf das Preisniveau insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau auswirken.

