

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

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 14/24 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen **Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SoIG**

A. Problem

Die Gesetzgebung im Bereich der sozialen Krankenversicherung hat sich in der 13. Legislaturperiode zunehmend von den Grundprinzipien einer solidarisch finanzierten, paritätischen sozialen Krankenversicherung entfernt. Dies ist mit einer sozial gerechten und ausgewogenen Gesundheitspolitik nicht vereinbar.

Es gilt daher, zu einer sozial gerechten Krankenversicherung zurückzukehren, die auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip beruht. Dies schließt eine paritätisch finanzierte Krankenversicherung ein.

Zugleich müssen die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft stabilisiert und ein weiterer Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge gestoppt werden.

Diese Ziele sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erreicht werden. Er dient dazu, dem Solidarprinzip den ihm gebührenden Stellenwert wieder einzuräumen, die Finanzgrundlagen zu stabilisieren und die Voraussetzungen für eine grundlegende Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Jahr 2000 zu schaffen, mit der für mehr Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen gesorgt werden soll.

B. Lösung

Zur Stärkung der Solidarität und zur Vorbereitung der Strukturreform enthält der Gesetzentwurf folgende Regelungen:

- Zeitlich befristet werden die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.
- Zahnersatz wird wieder zur Sachleistung. Der Ausschluß der Zahnersatzleistung für nach 1978 Geborene wird rückgängig gemacht.

- Bestimmte Zuzahlungen werden aufgehoben. Die Arzneimittelzahlung für Medikamente, auf die in der Regel chronisch Kranke und ältere Patienten angewiesen sind, wird gemindert.
- Das Krankenhaus-Notopfer wird für die Jahre 1998 und 1999 ausgesetzt.
- Elemente der privaten Krankenversicherung, wie Beitragsrückgewähr, Kostenerstattung für Pflichtversicherte und Selbstbehalt, werden zurückgenommen.
- Die zeitliche Befristung im gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich wird gestrichen.

Mehrheit im Ausschuß

C. Alternativen

Keine. Um das prioritäre Ziel, Arbeitsplätze zu erhalten und neue zu schaffen, erreichen zu können, bedarf es der Begrenzung der Lohnnebenkosten. Hierzu ist ein weiterer Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge unbedingt zu stoppen. Des weiteren ist es Voraussetzung für den Bestand des sozialen Friedens, den Versicherten zu zumutbaren Beiträgen eine optimale gesundheitliche Versorgung im Rahmen einer Solidargemeinschaft zur Verfügung zu stellen, die auf die soziale Gerechtigkeit verpflichtet ist.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Keine

E. Sonstige Kosten

Für die gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich einerseits Mehrausgaben/Mehrbelastungen, denen jedoch kompensierende finanzielle Entlastungen gegenüberstehen.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen:

den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/24 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Bonn, den 2. Dezember 1998

Der Ausschuß für Gesundheit

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Gudrun Schaich-Walch
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG
– Drucksache 14/24 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

Entwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 13 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(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.“

2. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 29

Kieferorthopädische Behandlung“.

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

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit kieferorthopädischer Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 13 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. **Es dürfen nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.** 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 **und eine bestimmte Mindestzeit festzulegen, für deren Dauer die Versicherten an die Wahl der Kostenerstattung gebunden sind.**“

2. § 29 wird wie folgt gefaßt:

„§ 29

Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

Entwurf

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert. *Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach den Sätzen 1 und 3 an die Versicherten zurück.*

c) Absatz 3 wird gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

3. § 30 wird wie folgt gefaßt:

„§ 30
Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. *Bei Verblendungen ist die Versorgung auf Kunststoffverblendungen und bei Legierungen auf Nichtedelmetalle begrenzt.*

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.“

3. § 30 wird wie folgt gefaßt:

„§ 30
Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Bei **großen** Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt.

Entwurf

(2) Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 vom Hundert der Kosten. Die Minderung entfällt, wenn der Gebißzustand regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchung nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen haben und
2. sich nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Anteil mindert sich um weitere fünf Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen. *Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht nach § 135 Abs. 1 anerkannt sind, können nicht nach Satz 2 erbracht werden.*

(4) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. Nach Abschluß der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt den von der Krankenkasse zu tragenden Anteil an den Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Die Versicherten zahlen ihren Anteil nach Prüfung der Gesamtrechnung für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 3 durch die Krankenkasse an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rech-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Versicherte leisten zu der Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 einen Anteil von 50 vom Hundert der Kosten **auf der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans nach Absatz 4 Satz 3** an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne mindert sich der Anteil um 10 **Prozentpunkte**. Die Minderung entfällt, wenn der Gebißzustand regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen läßt und Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. **u n v e r ä n d e r t**
2. sich **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen.

Der Anteil mindert sich um weitere fünf Prozentpunkte, wenn Versicherte ihre Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach den Nummern 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Wählen Versicherte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(4) Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 und 3 umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Absatz 1 bedarf vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen. **Aufwendige Versorgung**en sollen vor der Genehmigung begutachtet werden. Nach Abschluß der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse zu **übernehmenden** Kosten nach Absatz 1 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. **Im Fall einer Abrechnungsberichtigung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterrichtet die Krankenkasse die Versicherten. Die**

Entwurf

nung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

4. § 30a wird aufgehoben.
5. In § 31 Abs. 3 Satz 1 werden die Zahl „9“ durch die Zahl „8“, die Zahl „11“ durch die Zahl „9“ und die Zahl „13“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

6. In § 35 Abs. 5 wird Satz 3 erster Halbsatz wie folgt gefaßt:

„Für Arzneimittel, für die der Festbetrag nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 festgesetzt wird, darf der Festbetrag den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Abstandes zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis der Arzneimittel der Vergleichsgruppe nicht übersteigen“.

7. Im Dritten Kapitel wird der Sechste Abschnitt aufgehoben.
8. In § 61 Abs. 1 wird Nummer 2 wie folgt gefaßt:
- „2. bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen und“.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Versicherten können die Gesamtrechnung von der Krankenkasse prüfen lassen. Die Versicherten zahlen ihren Anteil für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 3 an den Vertragszahnarzt. Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen beizufügen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Heil- und Kostenplans und zum Verfahren der Abrechnung ist in den Bundesmantelverträgen (§ 87) zu regeln.“

4. un verändert
5. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Zahl „9“ durch die Zahl „8“, die Zahl „11“ durch die Zahl „9“ und die Zahl „13“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

Für Mittel, die nach Absatz 1 Satz 2 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind, tritt an die Stelle der in Satz 1 genannten Beträge ein Betrag von 8 Deutsche Mark je Verordnung.“

6. In § 35 Abs. 5 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„**Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; soweit wie möglich ist eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl sicherzustellen. Die Festbeträge für Arzneimittel sollen den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Abstandes zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis der Arzneimittel der jeweiligen Vergleichsgruppe nicht übersteigen.“**

7. un verändert
8. un verändert

Entwurf

9. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird nach dem Semikolon wie folgt gefaßt:

„für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfallen die in Satz 1 genannten Zuzahlungen nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung.“

bb) In Satz 4 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ eingefügt.

b) Absatz 2a wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen, soweit der Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Der von den Versicherten zu tragende Anteil erhöht sich, wenn die Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 Satz 3 nicht erfüllt sind um 10 vom Hundert, im Fall des § 30 Abs. 2 Satz 5 um 15 vom Hundert der Kosten. Der von den Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Anteil darf den von den Versicherten nach § 30 Abs. 2 Satz 1 zu tragenden Anteil nicht überschreiten.“

10. § 62 a wird aufgehoben.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

9. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird nach dem Semikolon wie folgt gefaßt:

„für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfallen die in Satz 1 genannten Zuzahlungen nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung, **deren weitere Dauer der Krankenkasse jeweils spätestens vor Ablauf des zweiten Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen soweit erforderlich zu prüfen ist.**“

bb) In Satz 4 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ **und nach dem Wort „zusammengerechnet“ folgende Worte** eingefügt: **„mit der Maßgabe, daß die Zuzahlungen nur für denjenigen Versicherten entfallen, der wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist.“**

b) Absatz 2a wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Anteil der Kosten nach § 30 Abs. 2 zu übernehmen, soweit der Anteil das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigt. Der von den Versicherten zu tragende Anteil erhöht sich, wenn die Voraussetzungen des § 30 Abs. 2 Satz 3 nicht erfüllt sind um 10 **Prozentpunkte**, im Fall des § 30 Abs. 2 Satz 5 um 15 **Prozentpunkte**. Der von den Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Anteil darf den von den Versicherten nach § 30 Abs. 2 Satz 1 zu tragenden Anteil nicht überschreiten.“

10. un verändert

10a. In § 63 wird Absatz 5 wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „Art und allgemeine Vorgaben zur“ hinter dem Komma eingefügt.

b) Es wird folgender Satz angefügt: „Verträge nach § 64 Abs. 1 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

11. § 83 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
- b) Absatz 2 wird gestrichen

12. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden die Worte „, erstmals für das Jahr 1994, auf der Grundlage des nach Artikel 27 des Gesundheitsstrukturgesetzes für das Jahr 1993 festgelegten Budgets,“ gestrichen.
 - bb) Die Sätze 4 bis 8 werden wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muß bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein. Der übersteigende Betrag nach Satz 4 ist 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. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungsbetrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 entfallen das Wort „arztbezogen“ sowie die Kommata vor und nach den Worten „nicht versichertenbezogen“.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 1 einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln.“

d) Absatz 5 wird Absatz 4; Absatz 6 wird Absatz 5.

10b. Dem § 75 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise können die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage der Richtlinien der Bundesausschüsse die Vertragsärzte über verordnungsfähige Leistungen und deren Preise oder Entgelte informieren sowie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Hinweise zu Indikation und therapeutischem Nutzen geben.“

11. entfällt

12. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) u n v e r ä n d e r t

bb) Die Sätze 4 bis 8 werden wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das vereinbarte Budget, verringern sich die Gesamtvergütungen um den übersteigenden Betrag, begrenzt auf 5 vom Hundert des Budgets. Der Ausgleich muß bis zum 31. Dezember des zweiten auf den Budgetzeitraum folgenden Jahres abgeschlossen sein. Der übersteigende Betrag nach Satz 4 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. Unterschreiten die Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel das Budget nach Satz 1, können die Vertragspartner Vereinbarungen über die Verwendung des Unterschreitungsbetrages mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der Versorgung treffen.“

b) u n v e r ä n d e r t

c) u n v e r ä n d e r t

d) u n v e r ä n d e r t

Entwurf

13. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 2 bis 8 und 14 werden gestrichen.
- bb) Satz 9 wird Satz 2 und wie folgt gefaßt:

„Die Gesamtvergütung ist das Ausgaben-
volumen für die Gesamtheit der zu vergüten-
den vertragsärztlichen Leistungen; sie kann
als Festbetrag oder auf der Grundlage des
Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen,
nach einer Kopfpauschale, nach einer Fall-
pauschale oder nach einem System berech-
net werden, das sich aus der Verbindung
dieser oder weiterer Berechnungsarten er-
gibt.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen
sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2
anzurechnen.“

- b) Absatz 2b wird gestrichen.
- c) Absatz 2c wird Absatz 2a.
- d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 1 bis 3 und 5 bis 8 werden gestri-
chen.
- bb) Satz 4 wird Absatz 3a; der zweite Halbsatz
wird wie folgt gefaßt:
- „Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.“
- e) Absatz 3b wird gestrichen.
- f) Absatz 3c wird Absatz 3b.
- g) In Absatz 4 wird nach Satz 3 folgender Satz ein-
gefügt:
- „Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen,
daß die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das
gesamte Jahr verteilt wird.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

13. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) un v e r ä n d e r t
- bb) un v e r ä n d e r t

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Soweit die Gesamtvergütung auf der
Grundlage von Einzelleistungen verein-
bart wird, ist der Betrag des Ausgaben-
volumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie
eine Regelung zur Vermeidung der Über-
schreitung dieses Betrages zu treffen. Aus-
gaben für Kostenerstattungsleistungen nach
§ 13 Abs. 2 sind auf das Ausgabenvolumen
nach Satz 2 anzurechnen.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:
- „Der Verteilungsmaßstab hat sicherzu-
stellen, daß die Gesamtvergütung gleich-
mäßig auf das gesamte Jahr verteilt
wird.“
- bb) Satz 4 wird Satz 5
- cc) Nach Satz 5 (neu) werden folgende Sätze
eingefügt:
- „Insbesondere kann vorgesehen werden,
daß die von einem Vertragsarzt er-
brachten Leistungen bis zu einem be-
stimmten Umfang (Regelleistungsvolu-
men) nach festen Punktwerten vergütet
werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arzt-
gruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt
das Leistungsvolumen eines Vertrags-
arztes das Regelleistungsvolumen seiner
Arztgruppe, kann der Punktwert bei der
Vergütung der das Regelleistungsvolumen
übersteigenden Leistungen abgestaffelt
werden.“

Entwurf

h) Absatz 4a wird wie folgt gefaßt:

„(4a) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350 000 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450 000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550 000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztätig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.“

i) Nach Absatz 4a werden folgende Absätze angefügt:

„(4b) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4a zugrunde zu legen.

(4c) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4a überschreiten. Dabei sind für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Über-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) Nach Absatz 4a werden folgende Absätze angefügt:

(4b) u n v e r ä n d e r t

„(4c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen.

(4d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten. Dabei sind für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Über-

Entwurf

schreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der *Ausbildungsassistenten* einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4d) Die Durchführung der Vergütungsminde- rung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4a. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 sind den auf dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4e) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4b bis 4d nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.“

14. § 87 a wird aufgehoben.

15. § 88 wird wie folgt gefaßt:

„§ 88

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können *mit Einzellaboren oder Gruppen von Laboren günstigere Verträge abschließen* und die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

schreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der **Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten** einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

(4e) **Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 4b an die Krankenkassen weiterzugeben.** Die Durchführung der Vergütungsminde- rung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

(4f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4c bis 4e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.“

14. **u n v e r ä n d e r t**

15. § 88 wird wie folgt gefaßt:

„§ 88

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) **u n v e r ä n d e r t**

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- (3) Preise für zahntechnische Leistungen nach Absatz 1, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Preise nach Absatz 2 Satz 1 und 2 um mindestens 5 vom Hundert zu unterschreiten. Hierzu können Verträge nach § 83 abgeschlossen werden.“
16. Dem § 89 werden folgende Absätze angefügt:
- „(7) Der Bundesinnungsverband der Zahntechniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahntechniker sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3, 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.
- (8) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3 sowie Absatz 5 entsprechend.“
17. § 101 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „§ 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht.“
- b) In Nummer 5 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „§ 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht.“
18. Die Überschrift des Neunten Titels des Zweiten Abschnitts im Vierten Kapitel wird wie folgt gefaßt:
- „Neunter Titel
- Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung“.
19. In § 106 Abs. 5 Satz 3 werden die Worte „Die Krankenkasse oder ihr Verband“ durch die Worte „Die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkasse oder ihr Verband“ ersetzt.
- (3) u n v e r ä n d e r t
16. u n v e r ä n d e r t
17. § 101 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „§ 85 Abs. 4b Satz 3 **und 4** gilt nicht.“
- b) u n v e r ä n d e r t
18. u n v e r ä n d e r t
19. u n v e r ä n d e r t

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

20. Nach § 106 wird folgender § 106a eingefügt:

„§ 106 a

Abrechnungsprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen der Vertragsärzte. Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen unter Plausibilitätsaspekten auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsehen. Die Annahmen zum Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen können auf der Grundlage von Schätzungen des bei sachgerechter Erbringung der Leistungen nicht unterschreitbaren Zeitaufwands bestimmt werden.“

20. entfällt

21. In § 125 Abs. 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Preise dürfen sich gegenüber den am 31. Oktober 1998 geltenden Preisen im Jahr 1999 höchstens um die nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.“

21. **u n v e r ä n d e r t**

22. In § 133 Abs. 1 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Die für das Jahr 1999 vereinbarten und abgerechneten Preise dürfen sich gegenüber den am 31. Oktober 1998 geltenden Preisen höchstens um die nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.“

22. **u n v e r ä n d e r t**

22a. In § 135 Abs. 1 wird Satz 4 gestrichen.

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

„Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, ist die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von den Sätzen 1 und 2 mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats möglich.“

23. **u n v e r ä n d e r t**

24. § 221 wird aufgehoben.

24. **u n v e r ä n d e r t**

25. In § 310 Abs. 1 wird Satz 2 gestrichen.

25. **u n v e r ä n d e r t**

26. In § 313a Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch die Angabe „ab 1999“ ersetzt.

26. **u n v e r ä n d e r t**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 2**Artikel 2****Änderung des Neunten
SGB V-Änderungsgesetzes**

unverändert

Das Neunte SGB V-Änderungsgesetz vom 8. Mai 1998 (BGBl. I S. 907), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

- a) Artikel 1 Nr. 2 bis 6 wird aufgehoben.
- b) In den Artikeln 2 und 3 wird die Angabe „28a,“ jeweils gestrichen.

Artikel 3**Artikel 3****Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes**

unverändert

In Artikel 17 § 2 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Worte „In den Jahren 1997, 1998 und 1999“ durch die Worte „Im Jahr 1997“ ersetzt.

Artikel 4**Artikel 4****Änderung des GKV-Finanzstärkungsgesetzes**

unverändert

Artikel 7 des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz – GKVFG) vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) wird aufgehoben.

Artikel 5**Artikel 5****Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung****Änderung der Risikostruktur-
Ausgleichsverordnung**

§ 27a Abs. 1 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2494) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Die Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 24. März 1998 (BGBl. I S. 526) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 27a

Finanzkraftausgleich ab 1999“.

1. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Kommt ein einheitlicher Vorschlag nach Satz 2 nicht zustande, werden die Verhältniszahlen für 1995 und 1996 im Jahresausgleich für 1997 korrigiert.“

- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Wird eine Korrektur nach Absatz 3 durchgeführt, kann das Bundesversicherungsamt den Jahresausgleich für das Jahr 1997 ab-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. In den Sätzen 1 und 2 werden jeweils die Worte „für die Kalenderjahre 1999 bis 2001“ durch die Angabe „vom 1. Januar 1999 an“ ersetzt.

2. § 27a wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 27a

Finanzkraftausgleich ab 1999“.

- b) In den Sätzen 1 und 2 werden jeweils die Worte „für die Kalenderjahre 1999 und 2001“ durch die Angabe „vom 1. Januar 1999 an“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 wird gestrichen.
b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten *Änderungen* des Bundes-Angestelltentarifvertrags die Veränderungsrate nach Absatz 1, wird das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt; von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 wird eine entsprechende Berichtigungsrate vereinbart.“

2. In § 11 Abs. 8 Satz 1 wird die Angabe „und 1999“ durch die Angabe „bis 2001“ ersetzt.

3. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Zahl „1999“ durch die Zahl „2001“ ersetzt.
bb) In Satz 5 wird die Zahl „1999“ jeweils durch die Zahl „2001“ ersetzt.
b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Zahl „2000“ durch die Zahl „2002“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2874), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) **u n v e r ä n d e r t**
b) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten **linearen Erhöhung des Vergütungstarifvertrags nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung** die Veränderungsrate nach Absatz 1, wird das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt; von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 wird eine entsprechende Berichtigungsrate vereinbart.“

2. **u n v e r ä n d e r t**

3. **u n v e r ä n d e r t**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. § 15 wird wie folgt geändert:

4. u n v e r ä n d e r t

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „und“ nach dem Komma gestrichen.

bb) In Satz 1 Nr. 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und das Wort „und“ angefügt.

cc) Folgende Nummer wird eingefügt:

„3. die Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 Satz 3.“

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Kommt in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 3 und des Absatzes 2 eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Kommt im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 eine Vereinbarung für das folgende Kalenderjahr bis zum 30. September nicht zustande, setzt diese Schiedsstelle die voraussichtliche Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 fest; dabei ist eine nach § 6 Abs. 1 Satz 3 vereinbarte Berücksichtigung einer Fehlschätzung einzu beziehen.“

Artikel 7

**Gesetz zur Begrenzung der Erlöse
für stationäre Krankenhausleistungen
im Jahr 1999**

§ 1

Begrenzung von Erlössteigerungen

(1) Abweichend von dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzverordnung ist für das Jahr 1999 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines Krankenhauses aus Pflegesätzen zu vereinbaren. Dieser Gesamtbetrag darf nicht höher sein als die Summe aus der Berechnungsgrundlage nach § 2 für das Jahr 1998, die um die vom Bundesministerium für Gesundheit nach Artikel 18 Satz 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für das Beitrittsgebiet und für das übrige Bundesgebiet jeweils bekanntgemachte Veränderungsrate erhöht wird, und den Beträgen nach Absatz 3 (Obergrenze). Für die Krankenhäuser im Beitrittsgebiet ist eine Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zusätzlich einzubeziehen.

(2) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten Änderungen des Bundes-Angestellentarifvertrags die Veränderungsrate nach Absatz 1 Satz 2, wird der Gesamtbetrag erhöht; *er* wird um ein Drittel des Unterschieds zwischen den beiden Raten berichtigt. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.

Artikel 7

**Gesetz zur Begrenzung der Erlöse
für stationäre Krankenhausleistungen
im Jahr 1999**

§ 1

Begrenzung von Erlössteigerungen

(1) u n v e r ä n d e r t

(2) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten Änderungen des Bundes-Angestellentarifvertrags die Veränderungsrate nach Absatz 1 Satz 2, wird der Gesamtbetrag erhöht; **der Gesamtbetrag, abzüglich der auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallenden Anteile**, wird um ein Drittel des Unterschieds zwischen den beiden Raten berichtigt. Für den Berichtigungsbetrag gilt § 12 Abs. 4 Satz 5 bis 7 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.

Entwurf

(3) Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 1999 sind vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre durchzuführen, insbesondere die Ausgleichs- für im Jahr 1998 entstandene Mehrerlöse. Darüber hinaus sind Finanzierungsbeträge für Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und *Kosten zusätzlicher Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung* sowie Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen hinzuzurechnen, soweit diese auf Grund des Krankenhausplans oder des Investitionsprogramms des Landes erstmals für das Jahr 1999 wirksam und nicht durch einen gleichzeitigen Kapazitätsabbau ausgeglichen werden. Dies gilt auch für zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen, die für Hochschulkliniken von der nach Landesrecht zuständigen Stelle beschlossen oder genehmigt wurden, oder die bei Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Festlegungen des Versorgungsvertrags entsprechen. Folgekosten von Veränderungen nach § 6 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 der Bundespflegesatzverordnung, die für das Jahr 1998 vereinbart wurden, sind zusätzlich einzubeziehen, soweit sie in der Berechnungsgrundlage nicht ganzjährig enthalten sind. Entsprechendes gilt für *Krankenhäuser, die nach Maßgabe der Krankenhausplanung des Landes erstmals in Betrieb genommen werden; Satz 3 gilt entsprechend. Instandhaltungskosten nach § 17 Abs. 4b Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für das Jahr 1999 nicht pflegesatzfähig; der pauschalierte Zuschlag in Höhe von 1,1 vom Hundert entfällt. Abweichend von Satz 6 können die Krankenkassen als Pflege-satzpartei dringend notwendige Instandhaltungsmaßnahmen im Sinne von § 17 Abs. 4b Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzelfall durch einen Zuschlag finanzieren, der 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung nicht überschreiten darf; § 17 Abs. 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung des Satzes 7.*

(4) Für das Jahr 1999 kann ein Krankenhaus das Wahlrecht zur Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 2 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung nicht erstmalig wahrnehmen. § 3 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung bleibt unberührt.

§ 2

Berechnungsgrundlage

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Obergrenze ist die Summe aus *dem Betrag* nach Abschnitt K 5 Nr. 9 Spalte 4 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998 und dem pauschalierten Fehlbele-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 1999 sind vorgeschriebene Ausgleichs- und Berichtigungen für Vorjahre durchzuführen, insbesondere die Ausgleichs- für im Jahr 1998 entstandene Mehrerlöse. Darüber hinaus sind Finanzierungsbeträge für Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und **Folgekosten auf Grund einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Zulassung einer besonderen Einheit zur Behandlung von Schlaganfallpatienten** sowie Folgekosten zusätzlicher Kapazitäten für medizinische Leistungen hinzuzurechnen, soweit diese auf Grund des Krankenhausplans oder des Investitionsprogramms des Landes erstmals für das Jahr 1999 wirksam und nicht durch einen gleichzeitigen Kapazitätsabbau ausgeglichen werden. Dies gilt auch für zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen, die für Hochschulkliniken von der nach Landesrecht zuständigen Stelle beschlossen oder genehmigt wurden, oder die bei Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach § 109 in Verbindung mit § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Festlegungen des Versorgungsvertrags entsprechen. Folgekosten von Veränderungen nach § 6 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 der Bundespflegesatzverordnung, die für das Jahr 1998 vereinbart **oder festgesetzt** wurden, sind zusätzlich einzubeziehen, soweit sie in der Berechnungsgrundlage nicht ganzjährig enthalten sind. Entsprechendes gilt für **ein zugelassenes Krankenhaus (§ 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), das im Jahr 1998** erstmals in Betrieb genommen **worden ist**.

(4) **u n v e r ä n d e r t**

(5) **Bereits für das Jahr 1999 vereinbarte oder festgesetzte Pflegesätze sind unter Zugrundelegung der Vorschriften dieses Gesetzes erforderlichenfalls anzupassen.**

§ 2

Berechnungsgrundlage

Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Obergrenze ist die Summe aus **den Beträgen** nach Abschnitt K 5 Nr. 9 Spalte 4 **und Nr. 23 Spalte 4** der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 3 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 1998 **so-**

Entwurf

gungsabschlag in Höhe von 1 vom Hundert (§ 17a Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 28 Abs. 3 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung). Diese Summe ist bei Krankenhäusern, die die Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1998 durchgeführt haben, um die Differenz zwischen den ausgegliederten Kosten und den entsprechenden Erlösen zu erhöhen. Berechnungsgrundlage bei Krankenhäusern, die keine tagesgleichen Pflegesätze abrechnen, ist die Erlössumme aus Fallpauschalen und Sonderentgelten einschließlich der Zu- und Abschläge. Erlöse aus der Behandlung von Blutern sowie außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 1999 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen.

§ 3

Rückzahlung von Mehrerlösen

(1) Sind die Erlöse des Krankenhauses nach Berechnung der Ausgleichs nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung höher als der Gesamtbetrag nach § 1, ist der Unterschiedsbetrag vollständig zurückzuzahlen. Dies gilt nicht für Erlöse auf Grund der Behandlung von Blutern und ausländischen Patienten nach § 3 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht für 50 vom Hundert der Mehrerlöse auf Grund von Organ- und Knochenmarktransplantationen, die gegenüber dem Vorjahr zusätzlich erbracht wurden.

(2) Die zurückzuzahlenden Erlöse sind über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der endgültige Rückzahlungsbetrag noch nicht fest, ist ein sachgerecht geschätzter Teilbetrag als Abschlagszahlung auf die Rückzahlung einzubeziehen.

Artikel 8**Förderung der Weiterbildung
in der Allgemeinmedizin**

(1) Die Krankenkassen fördern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und in zugelassenen Krankenhäusern. Die Krankenkassen beteiligen sich vom 1. Januar 1999 bis zum 31. Dezember 2000 an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch einen Zuschuß je

Beschlüsse des 14. Ausschusses

wie den gesetzlich vorgeschriebenen Beträgen für die Instandhaltungspauschale (§ 17 Abs. 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und dem pauschalierten Fehlbelegungsabschlag in Höhe von 1 vom Hundert (§ 17a Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 28 Abs. 3 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung); entsprechende Erlöse auf Grund von Sonderentgelten nach § 28 Abs. 2 und Modellvorhaben nach § 26 der Bundespflegesatzverordnung sind einzubeziehen. Diese Summe ist bei Krankenhäusern, die die Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1998 durchgeführt haben, um die Differenz zwischen den ausgegliederten Kosten und den entsprechenden Erlösen einschließlich der vereinbarten Zu- und Abschläge zu erhöhen. Berechnungsgrundlage bei Krankenhäusern, die keine tagesgleichen Pflegesätze abrechnen, ist die Erlössumme aus Fallpauschalen und Sonderentgelten einschließlich der vereinbarten Zu- und Abschläge. Erlöse aus der Behandlung von Blutern sowie außerordentliche Beträge, deren Finanzierungsgrund im Jahr 1999 ganz oder teilweise nicht mehr vorliegt, sind abzuziehen.

§ 3

Erlösausgleiche

Mehr oder Mindererlöse des Krankenhauses sind nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung auszugleichen.

Artikel 8**Förderung der Weiterbildung
in der Allgemeinmedizin**

(1) Die Krankenkassen fördern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte und in zugelassenen Krankenhäusern. Die Krankenkassen beteiligen sich vom 1. Januar 1999 bis zum 31. Dezember 2000 an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch einen Zuschuß je

Entwurf

Stelle in Höhe von bis zu 2 000 DM *monatlich*. Dies gilt für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte nur insoweit, als die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung einen mindestens gleich hohen Zuschuß gewährt. In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschußt werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen darf im Jahre 1999 insgesamt 3 000 und im Jahre 2000 insgesamt 6 000 Stellen nicht überschreiten.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jeweils mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen.

(3) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über *den* Vertrag nach Absatz 2 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Artikel 9

Änderung des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

Das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Worte „sowie der nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für 1999 bestimmten“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Stelle **im ambulanten Bereich von bis zu 2 000 DM und im stationären Bereich** in Höhe von 2 000 DM. Dies gilt für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte nur insoweit, als die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung einen mindestens gleich hohen Zuschuß gewährt. In Krankenhäusern können nur bisher bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschußt werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen darf im Jahre 1999 insgesamt 3 000 und im Jahre 2000 insgesamt 6 000 Stellen nicht überschreiten. **Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung und außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.**

(2) **u n v e r ä n d e r t**

(3) Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über **die** Verträge nach Absatz 2 ist das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung anzustreben.

Artikel 9

Änderung des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

Das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 11 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 **wird wie folgt geändert:**

aa) In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Worte „sowie der nach Artikel 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes für 1999 bestimmten“ eingefügt.

bb) In Satz 2 Nr. 2 und in Satz 3 wird die Angabe „1996“ durch die Angabe „1997“ ersetzt.

Entwurf

b) Absatz 3 wird *wie folgt gefaßt*:

„(3) Das Ausgabenvolumen nach Absatz 1 verringert sich um die Beträge, die von der Krankenkasse nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als Erstattungen für psychotherapeutische Leistungen aufgewendet worden sind. Bei der Verringerung des Ausgabenvolumens nach Satz 1 ist höchstens die Höhe der Vergütung anzurechnen, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.“

2. Artikel 13 wird aufgehoben.

Artikel 10**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 17 und 18 Abs. 1 Buchstabe c werden aufgehoben.
2. § 31 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Worte „Abs. 1 Buchstabe c und“ sowie die Worte „Bescheinigungen und“ gestrichen.

Artikel 11**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 17 und 18 Abs. 1 Buchstabe c werden gestrichen.
2. § 31 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Abs. 1 Buchstabe c und“ sowie die Wörter „Bescheinigungen und“ gestrichen.

Artikel 12**Aufsicht zur Budgetierung 1999**

(1) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 64 Abs. 1, § 73 a Abs. 1, § 83 Abs. 1 und den §§ 85, 125 und 127 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Beschlüsse des 14. Ausschusses

b) **In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 13 Abs. 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 13 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.**

2. **unverändert**

Artikel 10

unverändert

Artikel 11

unverändert

Artikel 12**Aufsicht zur Budgetierung 1999**

(1) Die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1, §§ 85, **88** und 125 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für das Jahr 1999 sind den für

Entwurf

für das Jahr 1999 sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden unverzüglich nach Abschluß 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 Verträge weiter.

(2) Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 für das Jahr 1999 sind den Aufsichtsbehörden unverzüglich nach der Entscheidung vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden haben die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu 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 Beanstandung durch die Vertragspartner gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages fort. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend.

(3) *Entspricht der von einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch festgesetzte Verteilungsmaßstab nicht den Vorgaben des Artikels 1 Nr. 13 Buchstabe g, hat die Aufsichtsbehörde darauf hinzuwirken, daß die Kassenärztliche Vereinigung den Verteilungsmaßstab bis zum 30. April 1999 wirksam anpaßt. Geschieht dies nicht, hat die Aufsichtsbehörde unverzüglich mit Aufsichtsmitteln für die gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung auf das Jahr 1999 zu sorgen.*

Artikel 13

Ausgabenbegrenzung bei Strukturverträgen

In Verträgen nach § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist das Vergütungsvolumen als Bestandteil der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) für das Jahr 1999 nach Artikel 14 dieses Gesetzes begrenzt.

Artikel 14

Gesamtvergütung der Vertragsärzte im Jahr 1999

(1) Die nach § 85 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen der Vertragsärzte als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden ärztlichen Leistungen dürfen sich im Jahr 1999 höchstens um die nach Artikel 18 festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je

Beschlüsse des 14. Ausschusses

die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden unverzüglich nach Abschluß 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 Verträge weiter.

(2) **u n v e r ä n d e r t**

(3) **Hat eine Kassenärztliche Vereinigung den Honorarverteilungsmaßstab bis zum 28. Februar 1999 nicht wirksam an die Vorgaben des § 85 Abs. 4 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch angepaßt, setzt das für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Landesschiedsamt den Verteilungsmaßstab bis zum 31. März 1999 fest.**

Artikel 13

Ausgabenbegrenzung bei Strukturverträgen

In Verträgen nach § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist das Vergütungsvolumen als Bestandteil der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) für das Jahr 1999 nach Artikel 14 dieses Gesetzes begrenzt. **Satz 1 gilt nicht für Verträge, die vor dem 30. November 1998 geschlossen worden sind.**

Artikel 14

Gesamtvergütung der Vertragsärzte im Jahr 1999

(1) Die nach § 85 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen der Vertragsärzte als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden ärztlichen Leistungen dürfen sich im Jahr 1999 höchstens um die nach Artikel 18 festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je

Entwurf

Mitglied im Jahr 1998 verändern; *der Vomhundertsatz ist für die Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets und für die Krankenkassen mit Sitz im Beitrittsgebiet getrennt anzuwenden. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1999 sind auf das Vergütungsvolumen des Jahres 1997 zu beziehen, das entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1998 sowie um 1 vom Hundert erhöht wird.*

(2) Die Gesamtvergütungen im Jahr 1999 werden um das nach Artikel 11 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze bestimmte, um 20 vom Hundert erhöhte, Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erhöht.

(3) Das in der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Artikel 11 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze entrichtete Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist bei der Honorarverteilung nach § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nur zur Vergütung dieser Leistungen zu verwenden.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Mitglied im Jahr 1998 verändern; **die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1999 sind auf das entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 1998 veränderte Vergütungsvolumen des Jahres 1997 zu beziehen. Zur Vergütung von Leistungen, die aufgrund von vor dem 30. November 1998 vereinbarten Strukturverträgen nach § 73a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden, können die Gesamtvergütungen nach Satz 1 und 2 um bis zu 0,6 vom Hundert erhöht werden. Eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen in den Jahren 1997 bis 1999 ist zu beachten. § 85 Abs. 3c erster Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt nicht.**

(1a) **Übersteigt die nach Artikel 18 festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im früheren Bundesgebiet die entsprechende Veränderungsrate im gesamten Bundesgebiet, werden die Gesamtvergütungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet für 1999 durch Ausgleich unter den Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt um die Vergütungssumme erhöht, welche sich aus der Differenz der nach Absatz 1 vereinbarten Veränderungsrate je Mitglied im früheren Bundesgebiet und der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im gesamten Bundesgebiet ergibt. Das Nähere über den Ausgleich und die Einzelheiten des Zahlungsverkehrs bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien nach § 75 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.**

(1b) **Absatz 1a gilt für Absatz 1 Satz 2 entsprechend.**

(2) Die Gesamtvergütungen im Jahr 1999 werden um das nach Artikel 11 **Abs. 1** Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze bestimmte, um 40 vom Hundert erhöhte, Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erhöht.

(3) Das in der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Artikel 11 Abs. 1 **und 2** des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze entrichtete Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist bei der Honorarverteilung nach § 85 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nur zur Vergütung dieser Leistungen zu verwenden. **Die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und der Psychotherapeuten dürfen nicht unterschiedlich vergütet werden.**

Entwurf

(4) Vertragsärztliche Leistungen nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ärztlichen Leistungen im Rahmen des § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsgemäß übernommenen Schutzimpfungen sowie vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen werden von den Krankenkassen außerhalb der nach Absatz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen vergütet.

(5) Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber Krankenkassen aus Verträgen, die im Jahr 1999 gelten, verändern sich für die das Jahr 1999 betreffende Geltungsdauer nach Maßgabe der Regelung der Absätze 1 bis 3 entsprechend.

(6) Für Leistungen nach § 85 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Absatz 1 entsprechend.

Artikel 15

**Budget- und Preisregelung
vertragszahnärztlicher Versorgung
im Jahr 1999**

(1) Die nach § 85 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarende Gesamtvergütung als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden zahnärztlichen Leistungen einschließlich Zahnersatz und Kieferorthopädie darf im Jahr 1999 die Gesamtheit der zahnärztlichen, über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen des Jahres 1997 nicht übersteigen; dabei sind die im ersten Halbjahr 1997 über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für kieferorthopädische Behandlungen zu verdoppeln. Vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages im Rahmen der Gesamtvergütung nach Satz 1 Punktwerte, dürfen diese die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Kieferorthopädie nicht überschreiten.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) Für Leistungen nach § 85 Abs. 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Absatz 1 entsprechend.

Artikel 15

**Budget- und Preisregelung
vertragszahnärztlicher Versorgung
im Jahr 1999**

(1) Für das Jahr 1999 darf in der nach § 85 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten. Das Ausgabenvolumen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils ohne zahntechnische Leistungen, darf für das Jahr 1999 die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 abzüglich 5 vom Hundert nicht überschreiten; bei der Berechnung der Bezugsgröße sind für das erste Halbjahr 1997 über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für kieferorthopädische Behandlungen zu verdoppeln. Eine Veränderung der Zahl der Mitglieder der beteiligten Krankenkassen in den Jahren 1997 bis 1999 ist zu beachten. § 85 Abs. 3c erster Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt nicht. Die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen nach den §§ 22 und 26 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 196 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung unterliegt nicht der Begrenzung nach Satz 1 bis 4. Die Vertragsparteien haben sicherzustellen, daß die jeweiligen Ausgabenvolumina gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages im Rahmen der Gesamtvergütung nach Satz 2 Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Kieferorthopädie, dürfen diese die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte abzüglich 5 vom Hundert nicht überschreiten.

Entwurf

(2) Die nach § 88 Abs. 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden und abgerechneten Preise für zahntechnische Leistungen dürfen sich im Jahr 1999 gegenüber den am 31. Dezember 1997 geltenden Preisen höchstens um die nach Artikel 18 dieses Gesetzes festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied im Jahr 1998 verändern. Die Vomhundertsätze sind für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet getrennt anzuwenden.

Artikel 16

Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für 1999

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für das Jahr 1999 gilt der um 4,5 vom Hundert *verminderte* Betrag des Budgets für das Jahr 1996.

(2) Das Budget nach Absatz 1 kann durch einen Vertrag nach § 84 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nach Maßgabe der in § 84 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Parameter verändert werden. Sofern ein Vertrag nach Satz 1 nicht bis zum 28. Februar 1999 zustande gekommen ist und von keiner Vertragspartei das Schiedsamt nach § 89 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch angerufen worden ist, gilt das nach Absatz 1 bestimmte Budget.

(3) Ausgleichsverpflichtungen für Budgetüberschreitungen gemäß § 84 Abs. 1 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch entfallen für den Zeitraum vor Inkrafttreten dieses Gesetzes.

Artikel 17

Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt

Kommen für das Jahr 1999 Vereinbarungen nach § 85 Abs. 2 und 3, *den §§ 106, 106a* Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. März 1999 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt (§ 89 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) den Vertragsinhalt bis zum 30. Juni 1999 fest. Der Vorsitzende des Schiedsamts stellt unverzüglich nach Ablauf der Frist fest, ob die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für die Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt vorliegen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) **u n v e r ä n d e r t**

Artikel 16

Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für 1999

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für das Jahr 1999 gilt der um 7,5 vom Hundert **erhöhte** Betrag des Budgets für das Jahr 1996. **Die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde kann die Höhe des Budgets feststellen.**

(2) **Sofern das Budget für das Jahr 1996 nicht vereinbart oder verbindlich festgestellt worden ist, stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde das Budget bis zum 31. Januar 1999 fest. Dabei können, ausgehend von dem nach Artikel 29 des Gesundheitsstrukturgesetzes der Höhe nach festgelegten Ausgangsbudget, die Parameter zur Budgetanpassung nach § 84 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für die Jahre bis 1996 berücksichtigt werden; soweit die dafür erforderlichen Daten nicht verfügbar sind, können Schätzungen vorgenommen werden. Eine Klage gegen die Feststellung des Budgets hat keine aufschiebende Wirkung.**

(3) **u n v e r ä n d e r t**

Artikel 17

Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt

Kommen für das Jahr 1999 Vereinbarungen nach **§ 84 Abs. 3**, § 85 Abs. 2 und 3 und § 106 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bis zum 31. März 1999 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt (§ 89 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) den Vertragsinhalt bis zum 30. Juni 1999 fest. Der Vorsitzende des Schiedsamts stellt unverzüglich nach Ablauf der Frist fest, ob die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für die Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt vorliegen. **Die Vertragsparteien teilen dem Vorsitzenden des Schiedsamts unverzüglich nach Ablauf der Frist mit, ob ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen ist.**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 18**Artikel 18****Veränderungsrate
der beitragspflichtigen Einnahmen****Veränderungsrate
der beitragspflichtigen Einnahmen**

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt für das 1. bis 4. Quartal 1998 die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) getrennt *nach* früherem Bundesgebiet und Beitrittsgebiet *gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum* fest. Grundlage sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse auf Basis der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse nach § 10 der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (Statistik nach dem Vordruck KV 45) (BANz Nr. 7/84 S. 289) für die Jahre 1997 und 1998. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die Veränderungsrate bis zum 5. März 1999 bekannt. Die Bekanntmachung wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Das Bundesministerium für Gesundheit stellt für das 1. bis 4. Quartal 1998 die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) **für das gesamte Bundesgebiet sowie getrennt für das Beitrittsgebiet** und das frühere Bundesgebiet fest. Grundlage sind die vorläufigen Rechnungsergebnisse auf Basis der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse nach § 10 der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (Statistik nach dem Vordruck KV 45) (BANz Nr. 7/84 S. 289) für die Jahre 1997 und 1998. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die Veränderungsrate bis zum 5. März 1999 bekannt. Die Bekanntmachung wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Artikel 19**Artikel 19****Sonderkündigungsrecht****Sonderkündigungsrecht**

Versicherte, die auf Grund ihrer Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung eine private Zusatzversicherung zur Abdeckung der Differenz zwischen Kassenanteil und der nach der Gebührenordnung für Ärzte erstellten Arztrechnung abgeschlossen hatten, können den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen. Entsprechendes gilt für nach 1978 geborene Versicherte, die 1997 und 1998 keinen Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hatten.

Versicherungspflichtige und ihre versicherten Familienangehörigen, die auf Grund ihrer Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung eine private Zusatzversicherung zur Abdeckung der Differenz zwischen Kassenanteil und der nach der Gebührenordnung für Ärzte erstellten Arztrechnung abgeschlossen hatten, können den Vertrag mit sofortiger Wirkung **zum Ende des Monats, in dem die Kündigung dem Versicherer zugeht**, kündigen. Entsprechendes gilt für nach 1978 geborene Versicherte, die 1997 und 1998 keinen Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hatten.

Artikel 19a**Änderung der KVLG 1989**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

b) Absätze 2 bis 4 werden gestrichen

2. In § 48 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „sowie nach § 56 Abs. 4 Satz 1 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 19b**Ende der laufenden Wahlperiode
der Vertreterversammlungen
der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen
Vereinigungen**

Soweit die laufenden Wahlperioden und die Amtsdauer der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor dem 31. Dezember 2000 enden, verlängern sie sich bis zu diesem Zeitpunkt.

Artikel 19c**Gebührenordnung für Zahnärzte**

(1) Die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1999 an erbracht werden, beträgt 86 vom Hundert der nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte bemessenen Gebühr.

(2) Die nach Absatz 1 vorgeschriebene Höhe der Vergütung kann auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 19d**Änderung der Betäubungsmittel-
Verschreibungsverordnung**

In § 18 Abs. 1 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1510), wird die Angabe „1. Januar 1999“ durch die Angabe „1. Januar 2000“ ersetzt.

Artikel 20**Übergangsregelung**

(1) Nach Inkrafttreten dieses Gesetzes behalten diejenigen Versicherten, die nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung rechtswirksam Kostenerstattung gewählt hatten und die für eine vor dem 1. Januar 1999 begonnene, jedoch noch nicht abgeschlossene Behandlung mit einem Vertragsarzt (Vertragszahnarzt) einen privatärztlichen Vertrag geschlossen haben, ihren Anspruch auf Kostenerstattung für diese Behandlung. Satz 1 gilt entsprechend für die Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern. Der Anspruch besteht nicht mehr für Leistungen, die nach dem 31. März 1999 erbracht werden.

Artikel 20**Übergangsregelung**

(1) un v e r ä n d e r t

Entwurf

(2) Satzungsbestimmungen, die Krankenkassen auf Grund des § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen haben, werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes unwirksam. Satzungsbestimmungen, die Krankenkassen auf Grund der §§ 54 bis 56 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch getroffen haben, werden spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 1999 unwirksam.

(3) Der am 31. Dezember 1997 geltende einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche prothetische Leistungen und die zu diesem Zeitpunkt geltenden Gesamtverträge *mit Ausnahme vertraglicher Vergütungsregelungen* treten wieder in Kraft. *Gleiches gilt für das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis zahntechnischer Leistungen.*

(4) Versicherte, für deren Versorgung mit Zahnersatz vor dem 1. Januar 1999 ein Heil- und Kostenplan erstellt ist, haben nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Anspruch auf einen Festzuschuß nach dem am 31. Dezember 1998 geltenden Recht. Bei der kieferorthopädischen Versorgung gilt § 29 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der Folgen für die Abrechnung als Sachleistung auch für bereits vor dem 1. Januar 1999 begonnene Behandlungen.

Artikel 21

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 6, 10 und 11 beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 22

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft.

(2) Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1999 in Kraft.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) **unverändert**

(3) Der am 31. Dezember 1997 geltende einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche prothetische Leistungen und die zu diesem Zeitpunkt **für diese Leistungen** geltenden Gesamtverträge treten wieder in Kraft. **Die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden bis zum Abschluß von Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 1999 um 10 vom Hundert abgesenkt. Das am 31. Dezember 1997 geltende bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis zahntechnischer Leistungen sowie die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsregelungen für zahntechnische Leistungen treten ebenfalls wieder in Kraft.**

(4) **unverändert**

Artikel 21

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 5, 6, 10, 11 und **19d** beruhenden Teile der geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 22

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1998 in Kraft.

(1a) Artikel 5 Nr. 1 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Im übrigen tritt das Gesetz am 1. Januar 1999 in Kraft.

(3) Mit Inkrafttreten des Artikels 19c tritt § 2 der Vierten Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 27. September 1996 (BGBl. I S. 1488) außer Kraft.

Bericht der Abgeordneten Gudrun Schaich-Walch

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf in seiner 4. Sitzung am 11. November 1998 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Ausschuß für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung sowie den Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen. Nachträglich wurde der Gesetzentwurf auch dem Ausschuß für Angelegenheiten der neuen Länder zur Mitberatung überwiesen.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung des Gesetzentwurfs in seiner 2. Sitzung am 13. November 1998 aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. Er hat die Beratung in der 3. Sitzung am 18. November 1998 fortgesetzt. In der 4. Sitzung am 25. November 1998 fand die öffentliche Anhörung von Sachverständigen statt, zu der der Bundesverband der Ortskrankenkassen, der Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V., der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherungen, das Wissenschaftliche Institut der AOK, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V., der Deutsche Städtetag, der Deutsche Landkreistag, der Bevollmächtigte des Rates der EKD bei der Bundesrepublik Deutschland und der EG, das Kommissariat der Bischöfe, die BAG Hilfe für Behinderte, die Deutsche Rheuma Liga, die Bundesärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V., der Hartmannbund, der NAV-Virchowbund, der Marburger Bund, der Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband, der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V., der Verein Demokratischer Zahnmedizin, der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., die DAZ im NAV-Virchow-Bund, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund, die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, die ÖTV, der Paritätische Wohlfahrtsverband, der Sozialverband VdK – Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner Deutschland e.V., die deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V., der Deutsche Pflegerat, der Physiotherapieverband e.V., der Deutsche Verband für Physiotherapie, der Verband Physikalische Therapie

Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e.V., der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten e.V., der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V., die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, der Bundesfachverband Arzneimittelhersteller, der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten e.V., der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V., der Verband aktiver Pharmaunternehmen e.V., der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände, der Verband der Krankenhausdirektoren, der Verband Leitender Krankenhausärzte Deutschlands e.V., der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Berufsverband Deutscher Psychologen e.V., der Deutsche Dachverband für Psychotherapie, der Deutsche Psychotherapeutenverband e.V., der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., die Ständige Konferenz ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände, die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e.V., die AG der Verbraucherverbände e.V., der Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie als sachverständige Verbände und Dr. med. Werner Baumgärtner, Prof. Dr. Dieter Cassel, Prof. Dr. Eckhard Knappe, Dr. Klaus Penndorf, Prof. Dr. Klaus Priester, Dr. med. Peter Schwoerer als Einzelsachverständige geladen waren. Auf das Wortprotokoll der Anhörung sowie die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In seiner 5. Sitzung am 2. Dezember 1998 hat er die Beratung abgeschlossen und dem Gesetzentwurf in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der PDS zugestimmt.

Der Ausschuß für Wirtschaft und Technologie empfahl in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 1998 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und PDS gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. die Annahme des Gesetzentwurfs.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung teilte in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 1998 mit, daß er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der PDS empfehle, den Gesetzentwurf anzunehmen.

Der Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschloß in seiner Sitzung am 2. Dezember 1998 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der PDS, die Annahme des Gesetzentwurfs in der Fassung der Änderungsanträge anzunehmen.

Der Ausschuß für Angelegenheiten der neuen Länder teilte in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 1998 mit, daß er den Gesetzentwurf beraten habe und einmütig zu dem Ergebnis gekommen sei, daß er kein abschließendes Votum abgeben könne. Dies vor dem Hintergrund einer im mitberatenden Ausschuß nicht mehr zu bewältigenden Zahl von Änderungsanträgen der Regierungskoalition (66 Seiten), die dem federführenden Ausschuß erst am Abend des Vortages und dem mitberatendem Ausschuß erst am Tage der Beratung vorgelegen hätten.

2. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf enthält folgende Schwerpunkte:

- vorläufige Ausgabenbegrenzungen zur Beitragssatzstabilisierung,
- Reduzierung von Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen und
- Rücknahme von Elementen der privaten Versicherungswirtschaft.

Zur Sicherstellung der Beitragssatzstabilität ist es erforderlich, daß sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nur in dem Umfang verändern, wie sich die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhöhen. Darüber hinausgehende Steigerungsraten haben vor dem Hintergrund begrenzter und in den neuen Bundesländern nicht mehr vorhandener Finanzreserven zwangsläufig Beitragssatzsteigerungen zur Folge. Bereits eine Überschreitung des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen durch einen Ausgabenanstieg, der um 1 Prozentpunkt höher liegt, bedeutet eine finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenkassen von rund 2,5 Mrd. DM.

Die Zuzahlungserhöhungen haben vor allem im Arzneimittelbereich zu unvermeidbaren Mehrbelastungen geführt, die vor allem chronisch Kranke und ältere Personen belasten. Die Zuzahlungen werden abgesenkt. Für chronisch Kranke wird eine neue Belastungsgrenze geschaffen, die diejenigen, die diese Grenze mit ihren Zuzahlungen in einem Kalenderjahr erreicht haben, für die weitere Dauer der Behandlung von Zuzahlungen völlig freistellt. Eine darüber hinausgehende kurzfristige Absenkung der Zuzahlungsbeträge und damit verbundene Mehrausgaben wären mit der Notwendigkeit der Sicherung der Beitragssatzstabilität nicht vereinbar.

Die Elemente der privaten Versicherungswirtschaft beeinträchtigen nicht nur den solidarischen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Beziehern höherer und niedrigerer Einkommen sowie zwischen Ledigen und Familien mit Kindern. Sie führen auch zu Fehlsteuerungen und können das vermeintliche Ziel, zu einer sparsamen Leistungsanspruchnahme beizutragen, nicht erreichen. Diese Elemente werden wieder aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

Durch die von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge wurden unter anderen folgende Regelungen aufgenommen:

- Einbeziehung von Keramikverblendungen in die zahnärztliche Versorgung,
- Ausdehnung der Anpassung der Festbetragsfestsetzungen auf alle drei Stufen,
- Einräumung einer Informationsbefugnis für die Krankenversicherungen über verordnungsfähige Leistungen und deren Preise oder Entgelte,
- Einführung des floatenden Punktwertes in der zahnärztlichen Versorgung,
- Berücksichtigung von Strukturverträgen außerhalb der Gesamtvergütung,
- Honorarausgleich zwischen den Krankenversicherungen im früheren Bundesgebiet und im Beitrittsgebiet.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der **Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** begrüßten den **Gesetzentwurf**. Sie betonten, es handele sich um ein Vorschaltgesetz, das im wesentlichen die Beitragssatzstabilität im nächsten Jahr garantieren solle, damit auf der Basis stabiler Beitragssätze die anstehende Strukturreform in Angriff genommen werden könne. Die zügige Vorlage des Gesetzentwurfs zeige, daß die Regierungskoalition ihre Wahlversprechen einhalte. Da dringender Handlungsbedarf geboten sei und da das Gesetz zum 1. Januar 1999 in Kraft treten müsse, habe man zugegebenermaßen unter einem selbst gesetzten Zeitdruck gestanden, der dazu geführt habe, daß man bis zur letzten Minute an den Änderungsanträgen habe arbeiten müssen.

Sie betonten, die entsolidarisierenden Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung müßten wieder beseitigt werden. Mit dem Gesetzentwurf werde ein neuer Weg eingeschlagen, um die Solidarität wiederherzustellen und die Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Die privatisierenden Elemente, die von der vorherigen Koalition in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt worden seien, wie Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalt, würden gestrichen. Selbst der Vertreter der privaten Krankenversicherungen habe in der Anhörung zum 2. GKV-NOG erklärt, diese Elemente seien einer solidarischen Krankenversicherung wesensfremd, da sich unter anderem auch gar keine sinnvolle Basis für eine sachgerechte Kalkulation für Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalt finden lasse.

Sie betonten, daß prinzipiell die Zuzahlungen insgesamt zurückgeführt werden sollten. Da die Mehrzahl der Zuzahlungen aber als Finanzierungsinstrument eingeführt worden seien, könne die Zurückführung der Zuzahlungen nur mit Augenmaß erfolgen, da gleichzeitig das Ziel der Beitragssatzstabilität im Auge behalten werden müsse. Die Verminderung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln sei ein erster Schritt in diese Richtung, mittel- und langfristig sei eine weitere Reduktion beabsichtigt.

In diesem Zusammenhang unterstrichen sie, daß durch die Verbesserung der Regelungen für chronisch kranke Menschen eine weitere Entlastung einer besonders schützenswerten Patientengruppe erfolge. Weiter seien Belastungen, die erst im nächsten Jahr in Kraft treten, wie die Dynamisierung der Zuzahlungen wie auch die Zuzahlung für psychotherapeutische Leistungen, gestrichen worden.

Das Notopfer für das Krankenhaus habe sich als ein Schlag ins Wasser erwiesen. Es habe bei den zahlungspflichtigen Versicherten zu einer großen Verärgerung geführt, wodurch das Verhältnis zwischen den Versicherten und den Kassen beeinträchtigt worden sei. Den Kassen sei ein hoher Verwaltungsaufwand aufgebürdet worden, denn der Einzug der 20 DM sei selbst mit hohen Kosten verbunden, so daß der den Kassen netto verbliebene Betrag erheblich unter dem Betrag gelegen habe, den sie an die Krankenhäuser zu zahlen gehabt hätten.

Sie begrüßten insbesondere die Wiedereinführung des Sachleistungsprinzips beim Zahnersatz. Die Realität mit Umsatzeinbußen bei den Zahnarztpraxen in Höhe von 30 und in einzelnen Fällen von 40 v.H. zeige, was mit der Einführung dieser Privatisierungselemente wie Festzuschuß und Kostenerstattung angerichtet worden sei. Mit der Sachleistung im Bereich des Zahnersatzes solle wieder Frieden zwischen den Zahnärzten und den Versicherten hergestellt werden. Dies sei eine wichtige Maßnahme zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sie unterstrichen, daß die bisherige zeitliche Begrenzung des Finanzkraftausgleichs zwischen West und Ost aufgehoben werde. Dies sei ein bedeutender Beitrag zum Abbau der Sozialmauer. Mit dieser Maßnahme werde eine weitere Grundlage geschaffen, zu einheitlichen Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland zu gelangen.

Die Mitglieder der **Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.** kritisierten das hektische Beratungsverfahren. Erst in der abschließenden Beratungssitzung seien die umfangreichen Änderungsanträge der Regierungskoalition vorgelegt worden, wobei auch während der Sitzung nicht in allen Fällen klar gewesen sei, was die Koalition wirklich gewollt habe. Die abschließende Sitzung habe eigens unterbrochen werden müssen, damit sich die Koalitionsfraktionen über das mit den Änderungsanträgen tatsächlich Gewollte hätten einigen können.

Sie hielten den Gesetzentwurf für völlig unnötig. Bei der gegebenen Rechtslage sei die Beitragssatzstabilität garantiert gewesen. Man hätte dann in Ruhe im nächsten Jahr eine Strukturreform angehen können. Die mit dem Vorschaltgesetz vorgenommenen Rechtsänderungen seien zum Teil gegenseitig widersprüchlich. Es sei mit dem Vorschaltgesetz nur darum gegangen, leichtfertig erteilte Wahlversprechen in einer überhasteten Form umzusetzen, ohne daß deren finanzielle Auswirkungen deutlich gemacht werden konnten. Vor allem sei eine seriöse Gegenfinanzierung in keiner Weise gesichert, so daß den Versicherten steigende Beitragssätze drohten.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** lehnten die Wiedereinführung der Budgetierung strikt ab. Die Vergangenheit habe gezeigt, daß dieses Instrument wirkungslos sei und zu Rationierungen und Versorgungsengpässen führe. Die Vergangenheit habe mit den fallenden Punktwerten gezeigt, daß die Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht wüßten, welche finanzielle Gegenleistung zu erwarten sei. Es fehle für eine wirtschaftliche Betriebsführung jegliche Kalkulationsgrundlage.

Vor allem durch die Einführung sektoraler Budgets würden die Strukturen im Gesundheitswesen starrer. Die unbedingt notwendige bessere Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung werde behindert, was zu weiteren Unwirtschaftlichkeiten führe, und dies in Zeiten, wo es vor allem darum gehe die Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Dies sei eine kontraproduktive Maßnahme.

Sie kritisierten die ersatzlose Streichung des Notopfers für die Krankenhäuser, die für das Jahr 1998 sogar rückwirkend erfolgen solle. Hier sei eine Gegenfinanzierung überhaupt nicht zu erwarten, da sonst die Beiträge hätten rückwirkend erhöht werden müssen. Allein dadurch fehlten im laufenden Jahr 880 Mio. DM in den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Im übrigen vertraten sie die Auffassung, es sei nach wie vor originäre Aufgabe der Bundesländer, die Instandhaltungskosten der Krankenhäuser zu tragen, wie das in Bayern auch der Fall sei. Mit der Streichung des Notopfers laufe man Gefahr, daß wichtige Instandhaltungsmaßnahmen in den Krankenhäusern unterblieben, was mittel- und langfristig die qualitative stationäre Versorgung der Patienten gefährde.

Die Wiedereinführung der Sachleistung beim Zahnersatz mit einer prozentualen Beteiligung des Patienten und die damit vorgenommene Abschaffung des Festzuschußsystems stelle eine unsoziale Maßnahme dar. Der auf einer wirtschaftlichen und angemessenen Versorgung basierende Festzuschuß sei für alle Versicherten gleich. Nunmehr werde wieder eine Situation geschaffen, in der derjenige, der die aufwendigste und teuerste Versorgungsform wähle, auch den höchsten Zuschuß bekomme. Das bedeute, daß die finanziell leistungsfähigeren Versicherten zu Lasten aller Versicherter auch den höchsten Zuschuß bekämen.

Die Zuzahlungen seien von den Mitgliedern der jetzigen Regierungskoalition über Jahre diffamiert worden. Mit dem Vorschaltgesetz gebe es eine moderate Reduzierung der Zuzahlungen für Arzneimittel, alle anderen Zuzahlungen blieben unverändert. Wenn die Zuzahlungen tatsächlich in der früher bezeichneten Weise unsozial seien, dann sei vor allem angesichts der Fülle sonstiger Regelungen in dem Vorschaltgesetz zu fragen, warum es dort kaum Änderungen gebe. Bei Zuzahlungen für Arzneimittel werde die auf die Packungsgrößen bezogene Spreizung reduziert. Dadurch würden die Großpackungen im Verhältnis zu den Normalgrößen billiger. Dies berge die Gefahr in sich, daß sich der jetzt schon zu beobachtende Trend zu den Großpackungen verschärfe, wodurch das ohnehin schon knapp bemessene Arzneimittelbudget unnötigerweise belastet werde.

Sie stellten fest, daß sozialverträgliche Zuzahlungen wesentlich gerechter als Ausgrenzungen und Rationierungen seien, die eine unvermeidliche Folge von Budgetierungen seien. Eine starre Budgetierung führe unweigerlich in eine Zweiklassenmedizin. Wenn vor Ende des Jahres die Budgets erschöpft seien, dann werde die Behandlung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten auf das nächste Jahr verschoben. Die Versicherten der privaten Krankenversicherung dagegen würden von solchen erschöpften Budgets nicht getroffen.

Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU lehnten es ab, sich detaillierter mit den Änderungsanträgen zu befassen, da das umfangreiche Antragspaket erst zu Beginn der Sitzung verteilt worden sei. Im übrigen seien die Mitglieder der Regierungsfractionen auch nicht in der Lage gewesen, die Anträge in profunder Weise zu erläutern, so daß in mehreren Fällen unklar geblieben sei, welche Ziele mit den entsprechenden Anträgen überhaupt verfolgt werden sollten.

Die Mitglieder der **Fraktion der F.D.P.** kritisierten ebenfalls heftig das übereilte Beratungsverfahren. Es sei völlig unzumutbar, wenn am Beginn einer Sitzung, in der über einen Gesetzentwurf abschließend beraten werden solle, von der Koalition eine Unmenge von Änderungsanträgen eingebracht würden, die noch nicht einmal zufriedenstellend erläutert werden könnten. Deshalb lehnten sie die Änderungsanträge ab, da sie in ihrer Wirkung nicht zu bewerten seien. Insgesamt sei hervorzuheben, daß eine solide Gegenfinanzierung nicht gewährleistet sei.

Durch die Budgetierungen sollten 2 Mrd. DM eingespart werden. Das bedeute aber, daß in allen budgetierten Sektoren das Geld knapp werde mit der Folge, daß das Leistungs- und Qualitätsniveau sinke. Den Patienten werde aber gleichzeitig suggeriert, daß das Leistungsniveau unverändert bleibe, was ein Widerspruch sei. Es werde zu Rationierungen und letztlich wieder zu Wartezeiten kommen. Das Arznei- und Heilmittelbudget benachteilige die chronisch Kranken, weil bei innovativen Produkten gespart werde. Das werde auch durch die moderate Verbesserung der Regelung für chronisch Kranke nicht ausgeglichen.

Entscheidender Kritikpunkt bei dem Arzneimittelbudget waren die Wiedereinführung der Globalhaftung der Ärzte und die heckenschnittartige Behandlung aller KV-Bezirke. Es würden gerade diejenigen Ärzte bestraft, die sich in der Vergangenheit durch eine wirtschaftliche Verordnungsweise ausgezeichnet hätten, gleichzeitig würden diejenigen belohnt, die großzügig verordnet hätten. Bezeichnend dafür sei auch die Generalamnestie für alle, die die Budgets überschritten hätten. Mit der Amnestie werde zudem ein Zeichen gesetzt, daß man es mit der Einhaltung der Budgets offenbar nicht ganz ernst meine.

Durch die Fixierung der Arztbudgets werde die ambulante Versorgung gefährdet. Die Budgets für die stationäre Versorgung seien erheblich großzügiger geschnitten. Dies werde zur Folge haben, daß sich das Leistungsgeschehen vermehrt in den stationären Sektor

verlagere. Dies sei eine unerwünschte Folge, denn die stationäre Versorgung sei die teuerste Versorgungsform. Dadurch werde die Beitragssatzstabilität gefährdet.

Die vorgesehenen Regelungen für den zahnärztlichen Bereich ständen in krassem Widerspruch zu dem Motto der Regierungserklärung, daß Leistung belohnt werden solle. Fleißige und erfolgreiche Zahnärzte würden mit einer rigorosen Abstaffelung ab einem bestimmten Punktwert bestraft.

Die Mitglieder der **Fraktion der PDS** begrüßten die Tendenz des Gesetzentwurfs, die Patienten zu entlasten. Gleichzeitig kritisierten sie aber, daß die Gegenfinanzierung nicht gesichert sei, so daß die Beitragssatzstabilität gefährdet sei.

Sie begrüßten, daß Elemente gestrichen würden, deren Sinnhaftigkeit zweifelhaft sei, wie das Notopfer für die Krankenhäuser oder der Automatismus zwischen Beitragssatzsteigerungen und der Höhe der Zuzahlungen, wie auch die Elemente der privaten Krankenversicherung, wie Beitragsrückerstattung und Kostenerstattung. Diese hätten mittel- und langfristig die finanzielle Substanz des Solidarausgleichs ausgehöhlt.

Bei aller Richtigkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen sei jedoch festzuhalten, daß das Gros der Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und anderen medizinischen Leistungen bestehen bleibe. Der Sozialabbau der letzten Jahre werde nicht annähernd zurückgenommen.

Sie erinnerten an die besondere Existenzlage der niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern. Angesichts der bestehenden Vergütungsunterschiede und des anhaltenden Honorarverfalls bei gleichen Betriebskosten werde die Situation für viele Ärzte immer bedrohlicher.

B. Besonderer Teil

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

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 13 Abs. 2)

Klarstellung des Gewollten.

Schon zur Möglichkeit der Wahl zur Kostenerstattung für freiwillig Versicherte nach dem Gesundheitsstrukturgesetz hatte das Bundessozialgericht wiederholt (vgl. zum Beispiel Entscheidung vom 10. Mai 1995 – 1 RK 14/94) entschieden, daß Voraussetzung für den Anspruch auf die Kostenerstattung die Inanspruchnahme eines Leistungserbringers ist, der im Zeitpunkt der Behandlung zur vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen war. Diese Rechtsprechung wurde in das bisher geltende Recht (§ 13 Abs. 2 in der Fassung des 2. GKV-NOG) klarstellend aufgenommen.

Die Beschränkung der Wahlmöglichkeit nur für zugelassene Leistungserbringer soll auch im neuen Recht beibehalten werden.

Auch soll es bei dem Ausschluß solcher Leistungserbringer bleiben, die im Kollektiv auf eine Zulassung als Vertragsarzt verzichtet haben.

Die bisher schon nach geltendem Recht dem Satzungsgeber eingeräumte Möglichkeit, die Versicherten für die Dauer eines in der Satzung bestimmten Zeitraums an ihre Wahl der Kostenerstattung zu binden, wird zur Pflichtaufgabe gemacht.

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 29)

Zur Klarstellung wird in Absatz 3 Satz 1 der Abrechnungsweg ebenso wie bei Zahnersatz positiv normiert. Die Neufassung des gesamten Paragraphen erfolgt aus formalen Gründen.

Absatz 1 bleibt unverändert.

Absatz 2 letzter Satz wird Absatz 3 Satz 2. Im übrigen bleibt Absatz 2 unverändert. Der Absatz 3 wird mit redaktioneller Änderung wieder Absatz 4.

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 30)

Zu Absatz 1

Zu Satz 3

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Satz 5

Die mit dem 2. GKV-NOG eingeführte Beschränkung der Versorgung auf Kunststoffverblendungen wird aufgehoben. Damit fallen auch Keramikverblendungen wieder in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Aus gesetzestechnischen Gründen wird auf eine Übernahme der Vorgaben der Zahnersatz-Richtlinien bei Legierungen verzichtet.

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Die Ergänzung stellt klar, daß der Versichertenanteil sich nach der Berechnungsgrundlage des Heil- und Kostenplans und nicht nach sonstigen Regelungen zur Vergütung des Vertragszahnarztes richtet.

Zu Satz 3

Redaktionelle Klarstellung, daß der Bonus 10 vom Hundert der vertragszahnärztlichen Gesamtkosten trägt.

Zu Satz 4

Beseitigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Absatz 3

Aus Gründen der Praktikabilität wird im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz auf die Regelung verzichtet und der Strukturreform vorbehalten.

Zu Absatz 4

In Satz 5 wird geregelt, daß zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwendige vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz vor der Genehmigung im Regelfall zu begutachten sind. Dies ist für Härtefälle von besonderer Bedeutung, da in diesen Fällen die Krankenkasse den Versichertenanteil zu übernehmen hat. Durch die Änderungen in den Sätzen 7, 8 und 9 wird das Abrechnungsverfahren vereinfacht, wodurch der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen verringert und das Verfahren beschleunigt wird. Im übrigen bleibt Absatz 4 unverändert.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 31)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift klärt Unsicherheiten, die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 1997 (1 RK 23/95) entstanden waren. Im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen waren Zweifel daran entstanden, ob insbesondere Sondennahrung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig ist. Durch die neue Vorschrift wird eine Rechtsgrundlage für die Aufrechterhaltung der bisherigen Ausnahmeregelungen in den Arzneimittelrichtlinien geschaffen. Es bleibt bei dem auch vom Bundessozialgericht bestätigten Grundsatz, daß Aufwendungen, die den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen sind, nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

Dadurch, daß die vom Bundesausschuß beschlossenen Ausnahmefälle in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden, wird klargestellt, daß hierzu auch Zuzahlungen zu leisten sind.

Zu Absatz 3

Zu Satz 1

Die Neuregelung senkt die Zuzahlungen zu Arzneimitteln bei kleinen Packungsgrößen um 1 DM, bei mittleren um 2 DM und bei großen Packungsgrößen um 3 DM. Da Arzneimittel vor allem chronisch Kranken und älteren Personen verordnet werden, tritt für diese Patienten eine erhebliche Entlastung ein. Die Prüfung der Frage, ob die Zuzahlungsregelungen insgesamt einer Neugestaltung bedürfen, muß der Diskussion über die für das Jahr 2000 beabsichtigte Strukturreform vorbehalten bleiben.

Zu Satz 4

Die Regelung bestimmt abweichend von der je nach Packungsgröße unterschiedlichen Zuzahlungsregelung einen einheitlichen Zuzahlungsbetrag von 8 DM je Verordnung und klärt damit Zweifelsfragen, die bisher entstanden waren. Durch die Bezugnahme auf Satz 1 bleibt

es bei der Zuzahlungsfreiheit für unter 18jährige und der Einbeziehung auch des neuen Zuzahlungsbetrages in die Härtefallregelungen.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 35)

Durch die Ausgestaltung der Vorgabe für die Höhe der Festbeträge als Soll-Vorschrift wird die Möglichkeit eröffnet, von dieser Vorgabe insoweit abzuweichen, als dieses im Hinblick auf die in Satz 1 genannten Kriterien zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung erforderlich ist. Zugleich wird damit auch die Anwendung der Vorgabe für die Höhe der Festbeträge auf alle drei Stufen der Festbetragsregelung ermöglicht.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 62)

Die Neufassung des Doppelbuchstabens aa stellt sicher, daß die Fortdauer der Behandlung überprüft werden und das Entfallen von Zuzahlungen gegebenenfalls beendet werden kann.

Der neue Doppelbuchstabe bb beschränkt die Zuzahlungsbefreiung auf den chronisch Kranken; für die übrigen Familienmitglieder in dessen Haushalt gelten die allgemeinen Regelungen über die Zusammenrechnung der Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 2 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 62 Abs. 2a)

Redaktionelle Klarstellung, daß sich der vom Versicherten zu tragende Anteil um 10 bzw. 15 v.H. der vertragszahnärztlichen Gesamtkosten erhöht.

Zu Artikel 1 Nr. 10a (§ 63)

Zu Satz 1

Die Regelung stellt klar, daß nicht alle Einzelheiten von Modellvorhaben in der Satzung geregelt werden müssen, wohl aber die wesentlichen Gegenstände und Inhalte.

Zu Satz 2

Die Pflicht zur Vorlage der Vereinbarungen über Modellvorhaben stellt sicher, daß die Aufsichtsbehörden die Beachtung der gesetzlichen Vorgaben für die Durchführung von Modellvorhaben überprüfen können.

Zu Artikel 1 Nr. 10b (§ 75)

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird das Recht eingeräumt, den Vertragsärzten die für die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Versorgung, vor allem mit Arznei- und Heilmitteln, erforderlichen Informationen zu übermitteln. Damit wird u. a. klargestellt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen durch eine verbesserte Information der Vertragsärzte einen Beitrag zur Vermeidung von Überschreitungen der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets leisten können.

Zu Artikel 1 Nr. 11

Folgeänderung zur Änderung des Artikels 1 Nr. 20.

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 84)

Durch die vorgenommene Ergänzung wird die zur Zeit geltende Formulierung wieder übernommen. Damit wird klargestellt, daß der bei Budgetüberschreitungen auszugleichende Betrag anteilig mit den von den beteiligten Krankenkassen zu entrichtenden Gesamtvergütungen zu verrechnen und entsprechend der nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner differenzierten Zahl der Behandlungsfälle aufzuteilen ist.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Die Doppelbuchstaben aa und bb bleiben unverändert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung stellt klar, daß auch bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen ein Gesamtvolumen zu bestimmen ist. Dies hat zur Konsequenz, daß auch Regelungen für den Fall einer möglichen Überschreitung dieses Ausgabenvolumens vorzusehen sind. Hierzu kann insbesondere ein „floatender“ Punktwert dienen. Satz 4 stellt klar, daß nur Leistungen nach § 13 Abs. 2 auf die Gesamtvergütung anzurechnen sind.

Zu Buchstabe b

Die unter den bisherigen Buchstaben b bis f vorgesehene Streichung von Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes wird rückgängig gemacht, da der Ausweis dieser Regelungen im Gesetzestext wegen noch anhängender Klageverfahren trotz Ablauf des Bezugszeitraumes erforderlich ist. Buchstabe g wird dadurch zu Buchstabe b.

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Redaktionelle Anpassung der Numerierung aufgrund der Neuregelung in Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vereinbarung von Regelleistungsvolumina soll dem Vertragsarzt zum einen Kalkulationssicherheit bei der Vergütung seiner Leistungen bis zu einer bestimmten Obergrenze gewährleisten; zum anderen soll der ökonomische Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge durch die Abstufung des Vergütungspunktwertes bei den das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen verringert werden.

Zu Buchstabe c

Die bisherigen Buchstaben h und i werden zu Buchstabe c. Absätze 4a bis 4e werden die Absätze 4b bis 4f, da

der Absatz 4a des Gesundheitsstrukturgesetzes erhalten bleibt. Die Einfügung eines neuen Satzes 1 in Absatz 4e stellt entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu dem bis Mitte 1997 geltenden Recht klar, daß die Honorarabsenkungen bei umsatzstarken Praxen den Krankenkassen zugute kommen, die Einsparungen somit nicht in der Gesamtvergütung verbleiben, sondern diese verringern. Diese Wirkung tritt auch im Jahr 1999 unter der Geltung des Artikels 15 ein, der eine strikte gesetzliche Obergrenze für die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung einschließlich Zahnersatz vorgibt.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 88)

Gegenüber dem Ende 1997 geltenden Recht erfolgt lediglich eine Verbesserung der Informationsmöglichkeit für die Krankenkasse.

Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 101)

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 Nr. 20 (§ 106a)

Die Regelung soll erst im Rahmen einer Strukturreform eingeführt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 22a (§ 135)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 7. Durch den Wegfall der Regelung über „erweiterte Leistungen“ (§ 56) ist die damit korrespondierende Regelung in § 135 Abs. 1 Satz 4 obsolet geworden.

Zu Artikel 5

Zu Nummer 1 (§ 25 RSAV)

Zu Buchstabe a (§ 25 Abs. 3 RSAV)

Die Vorschrift dient der Verbesserung der Ausgleichsergebnisse und trägt damit der in den Einführungsjahren des Risikostrukturausgleichs von Krankenkassen und ihren Verbänden geäußerten Kritik an den Datengrundlagen Rechnung. Die inzwischen vorliegenden Ergebnisse der Stichproben aus dem Jahr 1997 (§ 267 Abs. 3 SGB V) und die gemeinsam vom Bundesversicherungsamt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit Unterstützung statistischer Experten entwickelten Hochrechnungsverfahren führen zu besseren Verhältniswerten als in den Vorjahren. Da aber ein einheitlicher Vorschlag aller Spitzenverbände zur Korrektur der Vorjahre nicht zustande kam, soll die Berichtigung der Jahre 1995 und 1996 durch eine entsprechende Verpflichtung des Bundesversicherungsamts gewährleistet werden. Für das Jahr 1994 ist eine Korrektur nicht erforderlich, da dieser Ausgleich nur auf die allgemeine Krankenversicherung ohne pflichtversicherte Rentner beschränkt war und auch keine für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner getrennten Versicherungsguppen berücksichtigte.

Mit den für 1995 und 1996 vorgesehenen Korrekturen der Verhältniswerte sollen außerdem bei einzelnen Krankenkassen bestehende Unsicherheiten in der Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Ausgleichsbescheide des Bundesversicherungsamts der Jahre 1994 bis 1996 beseitigt werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit und besseren Kalkulierbarkeit der Ausgleichsergebnisse sind weitere Korrekturen der Verhältniswerte der Jahre 1994 bis 1996 in späteren Jahresausgleichen nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe b (§ 25 Abs. 4 RSAV)

Aufgrund der Komplexität der mit den Korrekturen der Verhältniswerte nach Absatz 3 und der Versicherungszeiten nach § 3 Abs. 5 RSAV verbundenen Umsetzungsaufgaben insbesondere im Bereich der Datenüberprüfungen und Nachberechnungen für mehrere Jahre ist es zweckmäßig, dem Bundesversicherungsamt hierfür ausnahmsweise einen längeren Zeitraum als in § 19 Abs. 5 vorgesehen zur Verfügung zu stellen. Mit der in Satz 1 vorgesehenen Änderung wird dem Bundesversicherungsamt deshalb ermöglicht, den Höchstzeitraum für die Durchführung des Jahresausgleichs 1997 um zwei Monate zu überschreiten.

Die Vorschrift ermöglicht dem Bundesversicherungsamt in Satz 2 außerdem, für den auf die Korrekturen der Jahre 1994 bis 1996 entfallenden Teil der Ausgleichsverpflichtungen und -forderungen gesonderte Fälligkeiten in den Ausgleichsbescheiden vorzusehen. Da diese Verpflichtungen bei einzelnen Krankenkassen zu erheblichen finanziellen Zusatzbelastungen führen können, sollen durch eine zeitliche Streckung der Zahlungen Beitragssatzerhöhungen vermieden oder begrenzt werden. Bei der Bestimmung der Fälligkeit kann das Bundesversicherungsamt den auf die Versicherungszeiten (1994 bis 1996) und Verhältniswerte (1995 und 1996) entfallenden Korrekturteil des Jahresausgleichs 1997 deshalb auf mehrere Jahresausgleiche verteilen. Da die Höhe der korrekturbedingten Ausgleichsverpflichtungen und -forderungen nicht vorhersehbar war und daher von den betroffenen Krankenkassen bei der Haushaltsplanung auch nicht hinreichend berücksichtigt werden konnte, ist eine spürbare zeitliche Streckung dieses Teils der Zahlungen auch den ausgleichsberechtigten Krankenkassen zumutbar. Ansprüche auf Zinsen entstehen den ausgleichsberechtigten Krankenkassen durch die längerfristigen Fälligkeiten nicht.

Zu Nummer 2 (§ 27a RSAV)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der Nummer 1 in Artikel 5.

Zu Artikel 6 (Nummer 1 Buchstabe b)

Die Vorschrift nach § 6 Abs. 3 Satz 3 BPfIV, nach der bei BAT-Tarifabschlüssen oberhalb der sogenannten Grundlohn-Rate die übersteigende Kostenbelastung zu 50 v.H. zusätzlich finanziert wird, bezog sich bisher nur auf lineare Erhöhungen des Vergütungstarifvertrags. Da diese Regelung die Tarifvertragsparteien bei der freien Wahl der Vergütungselemente behindert hat, wird die

Vorschrift so verändert, daß im Jahr 1999 auch die Auswirkungen von Einmalzahlungen einbezogen werden. Die im bisherigen Gesetzentwurf darüber hinaus vorgesehene Berücksichtigung auch struktureller Veränderungen der Tarifstruktur entfällt.

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz)

Die Berichtigung des Gesamtbetrags wegen eines höheren BAT-Abschlusses wird auf das Budget nach § 12 BPfIV begrenzt; wie bereits nach geltendem Recht wird die Berichtigung nicht auf die Umsatzanteile aus Fallpauschalen und Sonderentgelten angewendet.

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 3 Satz 2)

Zur Begrenzung der Krankenhausbudgets wird auf die bisher vorgesehene Ausnahmeregelung verzichtet, die eine Berücksichtigung der Kosten zusätzlicher Personalstellen aufgrund der Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt hätte. Die Verordnung gilt weiter, wird jedoch in ihren finanziellen Auswirkungen im Jahr 1999 durch die Vorgaben des Artikels 7 begrenzt.

Das Konzept der Schlaganfall-Einheiten oder „Stroke Units“ zielt auf die Akutbehandlung der Schlaganfallpatienten in der Frühphase der Erkrankung in hierfür speziell apparativ und personell ausgerüsteten Einheiten ab. Durch die Ergänzung in Satz 2 wird die Umsetzung von Konzepten zur Versorgung von Schlaganfallpatienten in Schlaganfall-Einheiten auch im Jahr 1999 sichergestellt, und zwar auch in den Ländern, die Schlaganfall-Einheiten nicht im Krankenhausplan ausweisen. Die Regelung ist also bedeutsam für die Fälle, in denen sich der Krankenhausträger zur Finanzierung der Folgekosten nicht bereits auf den Ausnahmetatbestand „Krankenhausplan oder Investitionsprogramm des Landes“ berufen kann. Voraussetzung ist, daß über die neue Schlaganfall-Einheit Einvernehmen zwischen dem Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen erzielt worden ist (planergänzender Versorgungsvertrag im Benehmen mit dem Land gemäß § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 3 Satz 4)

Klarstellung, daß nicht nur die von den Vertragsparteien vereinbarten, sondern auch die von der Schiedsstelle festgesetzten Tatbestände einzubeziehen sind.

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 3 Satz 5)

Klarstellung, daß die Vorschrift nur für zugelassene Krankenhäuser gilt, die im Jahr 1998 erstmals in Betrieb genommen wurden. Für Krankenhäuser, die im Jahr 1999 in Betrieb gehen, muß ohnehin erstmals ein Budget vereinbart werden; ein Vorjahresbudget als Berechnungsgrundlage nach § 2, an das angeknüpft werden könnte, fehlt bei diesen Krankenhäusern.

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 3 Satz 6 bis 8)

Die Streichung der Sätze 6 bis 8 bewirkt, daß die Finanzierungsregelung des § 17 Abs. 4b KHG für große

Instandhaltungsmaßnahmen auch im Jahr 1999 gilt. Insbesondere bleibt der Anspruch der Krankenhäuser auf die Zahlung der Instandhaltungspauschale nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG in Höhe von 1,1 v.H. unverändert erhalten.

Zu Artikel 7 (§ 1 Abs. 5 – neu)

Wurden vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes am 1. Januar 1999 Pflegesätze für den Pflegesatzzeitraum 1999 vereinbart oder festgesetzt (§ 18 KHG), ist es Aufgabe der Pflegesatzparteien, die Pflegesatzvereinbarung zu überprüfen und – falls und soweit sie mit den Vorschriften dieses Gesetzes nicht im Einklang steht – anzupassen.

Zu Artikel 7 (§ 2 Satz 1)

In die Berechnungsgrundlage für die Budgetbegrenzung wird auch die Instandhaltungspauschale nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG in Höhe von 1,1 v.H. aufgenommen, die unverändert gezahlt wird. Es wird klargestellt, daß die Finanzierung der Investitionskosten nicht oder teilweise geförderter Krankenhäuser (K 5 Nr. 23 der LKA) einzubeziehen ist.

Da in die Berechnungsgrundlage alle Pflegesätze für die voll- und teilstationäre Versorgung einzubeziehen sind, wird klargestellt, daß dazu die Erlöse aus „alten“ Sonderentgelten, die mit Ende des Jahres 1998 auslaufen (§ 28 Abs. 2 BPfIV), und die Erlöse aus Modellvorhaben gehören.

Hinsichtlich des pauschalierten Fehlbelegungsabschlags wird lediglich auf die Vorschrift des § 17a Abs. 3 KHG verwiesen; es wird insgesamt nur einmal 1 v.H. abgezogen, die Vorschrift wird somit nicht kumulativ angewendet (nicht 2 v.H.).

Zu Artikel 7 (§ 2 Satz 2)

Klarstellung, daß der Begriff „Erlöse“ auch die bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ggf. vereinbarten Zu- und Abschläge umfaßt.

Zu Artikel 7 (§ 2 Satz 3)

Klarstellung, daß der Begriff „Erlöse“ bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht nur die Zu- und Abschläge nach § 11 Abs. 3 BPfIV, sondern insbesondere auch sonstige vereinbarte Abschläge umfaßt.

Zu Artikel 7 (§ 3)

Mit dem Gesetz werden die Budgets der einzelnen Krankenhäuser begrenzt. Bei der prospektiven Vereinbarung des Gesamtbetrags dürfen auch absehbare Mehrleistungen nicht berücksichtigt werden. Um Mehrleistungen anteilig zu finanzieren, wird auf die ursprünglich vorgesehene, vollständige Rückzahlung von Mehrerlösen verzichtet. Es gelten weiterhin die Ausgleichsregelungen der Bundespflegesatzverordnung, wonach Mehrerlöse im

Bereich der tagesgleichen Pflegesätze zu 85 bzw. 90 v.H. und im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte zwischen 50 und 75 v.H. zurückzuzahlen sind.

Zu Artikel 8

Zu Absatz 1

Gemäß den Absprachen der am „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ Beteiligten zahlen die Krankenkassen im stationären Bereich einen monatlichen Festbetrag von 2 000 DM. Im ambulanten Bereich hingegen wird die Höhe des Kassenzuschusses in Akzessorietät zur Höhe des Zuschusses der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt, sie beträgt im ambulanten Bereich daher bis zu 2 000 DM. Im übrigen wird klargestellt, daß die Zuschüsse der Krankenkassen außerbudgetär erbracht werden.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 9 Nr. 1 (Buchstabe a)

Durch die Änderung des Bezugsjahres wird eine exakte Ermittlung der Ausgaben ermöglicht, da erstmals für das Jahr 1997 bei den Krankenkassen gesonderte Konten zur Erfassung der Kostenerstattungsbeträge für psychotherapeutische Leistungen eingeführt worden sind.

Zu Artikel 9 Nr. 1 (Buchstabe b)

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 12

Zu Absatz 1

Die Sonderregelung gilt nur für die genannten Vergütungsverträge, für die im Jahr 1999 eine Preisbindung oder Budgetierung gesetzlich vorgegeben wird.

Zu Absatz 3

Die ersatzweise Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes durch das Schiedsamt beläßt die Umsetzung des § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V im Jahr 1999 in der Hand der Selbstverwaltung. Die zeitlichen Vorgaben stellen die Wirksamkeit der Vorschrift im Jahr 1999 sicher. Die Möglichkeit einer aufsichtsrechtlichen Kontrolle und Prüfung der Umsetzung ist weiterhin gegeben. Paßt eine Kassenärztliche Vereinigung den Honorarverteilungsmaßstab nicht an, wird es Aufgabe der Aufsicht sein, für eine unverzügliche Unterrichtung des Landesschiedsamtes zu sorgen.

Zu Artikel 13

Strukturverträge, die vor dem 30. November 1998 geschlossen worden sind, sollen im Jahr 1999 fortgeführt

werden können; für die Vergütung der aufgrund dieser Verträge erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird nach Artikel 14 Abs. 1 ein zusätzlicher Finanzierungsspielraum von bis zu 0,6 v.H. der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

Zu Artikel 14

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Redaktionelle Änderung.

Zu Satz 2

Für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, die aufgrund bereits abgeschlossener Strukturverträge erbracht werden, wird ein zusätzlicher Finanzierungsspielraum von höchstens 0,6 v.H. der Gesamtvergütungen zur Verfügung gestellt.

Zu Satz 4

Bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütungen für das Jahr 1999 ist die Entwicklung der Zahl der Mitglieder in den Bezugsjahren 1997 und 1998 sowie im Budgetierungsjahr 1999 entsprechend der Regelung im zweiten Halbsatz des § 85 Abs. 3c SGB V zu beachten. Eine Korrektur der für 1999 vereinbarten Gesamtvergütungen in bezug auf die tatsächliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder wird ausgeschlossen.

Zu Absätzen 1a und 1b

Die Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied fallen im Beitrittsgebiet und im übrigen Bundesgebiet unterschiedlich aus. Die Regelung stellt sicher, daß sich die Entwicklung der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet und im übrigen Bundesgebiet an der durchschnittlichen bundesweiten Steigerungsrate orientiert. Die dafür notwendigen Honorarverteilungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt. Durch die mit dieser Regelung verbundene zusätzliche Erhöhung des Vergütungsniveaus der Vertragsärzte im Beitrittsgebiet werden Fehleinschätzungen bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen für das Jahr 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz korrigiert.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Korrektur der Verweisung. Durch die Regelung wird das für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 1999 verfügbare Finanzvolumen weiter erhöht.

Zu Absatz 3

Zu Satz 1

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Satz 2

Die Regelung verbietet, im Honorarverteilungsmaßstab für die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und der Psychotherapeuten verschiedene „Fachgruppentöpfe“ zu bilden. Damit wird sichergestellt, daß die Leistungserbringer für die gleichen psychotherapeutischen Leistungen das gleiche Honorar erhalten unabhängig davon, ob es sich um Ärzte oder Psychotherapeuten handelt.

Zu Artikel 15

Zur gesetzlichen Begrenzung der Kassenausgaben im Bereich zahnärztlicher Behandlung im Jahr 1999 wird je eine Ausgabenobergrenze für den Leistungsbereich Zahnerhaltung und für den Leistungsbereich Zahnersatz und Kieferorthopädie (jeweils ohne Zahntechnik) eingeführt.

Angesichts der Ausgabenrückgänge der zahnärztlichen Leistungen insgesamt in den ersten drei Quartalen des Jahres 1998 gegenüber 1997 schafft die Vorschrift die Voraussetzungen dafür, daß sich die zahnärztlichen Leistungen im Jahr 1999 wieder normalisieren können. Die gesetzlich vorgegebenen Obergrenzen für die Budgets der zahnärztlichen Leistungen (ohne Prophylaxemaßnahmen) gehen davon aus, daß die zahnerhaltenden Maßnahmen auf hohem Niveau erhalten bleiben und die prothetischen Leistungen, dem langfristigen Trend zur Verbesserung der Mundgesundheit folgend, zurückgehen. Aus diesem Grund werden zwei getrennte Budgets vorgeschrieben, und das Budget für Zahnersatz und Kieferorthopädie wird gegenüber 1997 um 5 v.H. abgesenkt. Dennoch entsteht gegenüber 1998 eine deutliche Steigerungsmöglichkeit. Somit kann die im Jahr 1998 durch die Einführung der Festzuschüsse eingetretene Sonderentwicklung bei Zahnersatz teilweise ausgeglichen werden.

Außerdem wird berücksichtigt, daß die Krankenkasse durch das wiedereingeführte Instrument der Genehmigung des Heil- und Kostenplans und durch die verstärkte Nutzung gutachterlicher Prüfungen bei aufwendigen Versorgungsformen die Ausgabenentwicklung prothetischer Leistungen besser als bisher beeinflussen kann. Gleichzeitig geht der Gesetzgeber davon aus, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen die Zahnersatz-Richtlinien daraufhin überprüft, ob bestimmte Leistungen noch dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen oder durch kostengünstigere alternative Leistungen ersetzt werden können.

Durch die Herausnahme der zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen aus der Budgetierung und die Vorschrift, daß die Punktwerte für Zahnersatz und Kieferorthopädie höchstens die Werte des Jahres 1997 abzüglich 5 v.H. erreichen dürfen, ist gewährleistet, daß durch die Budgetierung der zahnärztlichen Leistungen der Vorrang der Prophylaxe und Zahnerhaltung gegenüber dem Zahnersatz nicht in Frage gestellt wird.

Die Sätze 3 und 4 stellen sicher, daß bei den jeweiligen Budgets die Mitgliederentwicklung der Jahre 1997 bis 1999 Berechnungsgrundlage wird. Durch Satz 5 wird

gewährleistet, daß das Honorar für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen nicht der Budgetierung unterliegt. Satz 6 regelt, daß die Budgetregelungen nicht unter Hinweis auf vorzeitige Ausschöpfung der Budgets unterlaufen werden können.

Zu Artikel 16**Zu Absatz 1**

Die im Entwurf des Solidadtätsstärkungsgesetzes vorgesehene Möglichkeit, die gesetzlich bestimmten Budgets für 1999 vertraglich zu verändern, um alle in § 84 Abs. 1 SGB V genannten Parameter der Budgetanpassung zu berücksichtigen, soll entfallen. Der durch entsprechende Verhandlungen und anschließende Schiedsverfahren entstehende Zeitverlust würde dazu führen, daß die Beteiligten erst nach Ablauf eines erheblichen Teils des Budgetzeitraums Klarheit über die verbindliche Höhe der Budgets erhielten. Die Budgets für das Jahr 1999 sollen deshalb abschließend kraft Gesetzes bestimmt werden.

Bei der Festsetzung der Höhe der Budgets soll zum einen der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die Ausgaben der Krankenkassen in den vergangenen Jahren in einem Ausmaß gestiegen sind, das durch einen medizinisch begründeten Bedarf nicht erklärt werden kann:

Seit 1993, dem Ausgangsjahr der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Budgetierung, sind die Ausgaben der Krankenkassen – erhöht um die Zuzahlungen der Versicherten – von 31,1 Mrd. DM auf ca. 40,9 Mrd. DM im Jahr 1998, d. h. um 32 v.H. gestiegen. Es ist deshalb davon auszugehen, daß erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, die auf der Grundlage der derzeit verfügbaren Daten und Analysen nicht hinreichend quantifiziert werden können.

Zum anderen ist zu berücksichtigen, daß diese Wirtschaftlichkeitsreserven nur schrittweise ausgeschöpft werden können, da die von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen einzusetzenden Steuerungsinstrumente – insbesondere die Information und Beratung der Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Verordnungen – bisher noch unzureichend sind; erhebliche Defizite sind insbesondere hinsichtlich der Aufbereitung der für die Funktionsfähigkeit dieser Instrumente notwendigen Datengrundlagen festzustellen.

Die gesetzlich vorgegebene Festsetzung der Budgets für das Jahr 1999 trägt deshalb dem im Jahr 1998 erreichten Ausgabenniveau und den kurzfristig realisierbaren Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven Rechnung. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bleibt in der Pflicht, die Datengrundlagen und die Steuerungsinstrumente mit dem Ziel einer weitergehenden Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu verbessern.

Zu Absatz 2

Die der Bestimmung der Budgets für 1999 zugrunde gelegten Budgets des Jahres 1996 stehen nicht in allen

Budgetregionen verbindlich fest; das kann darauf zurückzuführen sein, daß das durch das Gesundheitsstrukturgesetz festgesetzte Ausgangsbudget Gegenstand eines Rechtsstreits ist.

Um eine verbindliche Grundlage für die Bestimmung der Budgets für 1999 zu gewährleisten, soll die für die Vertragsparteien nach § 84 Abs. 1 SGB V zuständige Aufsichtsbehörde in diesen Fällen die Höhe des Budgets für 1996 feststellen. Dabei wird zugleich die Möglichkeit eröffnet, in den Vorjahren nicht vorgenommene Budgetanpassungen nachzuholen, um eine Benachteiligung der Ärzte in diesen Regionen bei der Bestimmung des Budgets für 1999 zu vermeiden.

Zu Artikel 17

Zu Satz 1

Es wird klargestellt, daß das Schiedsamt auch den Vertragsinhalt von Vereinbarungen über Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 festzusetzen hat, soweit die Vertragspartner keine entsprechenden Vereinbarungen getroffen haben. Die Vereinbarung von Richtgrößen ist Voraussetzung für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage von Richtgrößen.

Zu Satz 2

Durch die Ergänzung soll die Praktikabilität der Regelung gewährleistet werden.

Zu Artikel 18

Durch die Änderung wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, neben der getrennten Feststellung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen getrennt nach Beitrittsgebiet und früherem Bundesgebiet auch die bundesweite Veränderungsrate festzustellen. Diese Veränderungsrate wird durch eine in Artikel 14 vorgesehene Änderung zur Bemessung der Gesamtvergütung der Vertragsärzte in den alten und neuen Ländern benötigt.

Zu Artikel 19

Der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung wird präzisiert.

Des weiteren wird der Kreis der Personen, die kündigungsberechtigt sind, auf die Personen eingegrenzt, die nach der Novellierung des § 13 Abs. 2 SGB V nicht mehr die Kostenerstattung wählen können.

Zu Artikel 19a

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung aus Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung der Aufhebung der Koppelung von Zahlungserhöhungen an Beitragserhöhungen auch für die landwirtschaftliche Krankenversicherung.

Zu Nummer 2

Folgeänderung aus der Aufhebung des § 56 SGB V.

Zu Artikel 19b

Zur Vorbereitung der für die Zeit ab 1. Januar 2000 geplanten Strukturreform ist es zweckmäßig, daß die laufenden Wahlperioden der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nicht vor dem 31. Dezember 2000 enden, da anderenfalls die Umsetzung einer eventuellen Neuorganisation der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften aufgrund der Strukturreform erschwert wird. Die entsprechenden Bundesvereinigungen brauchen in diese Regelung nicht einbezogen zu werden, da die Wahlperiode der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und die der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung nicht vor dem 31. Dezember 2000 enden.

Zu Artikel 19c

Zu Absatz 1

Mit der Vorschrift soll auch die Vergütungshöhe für privatärztliche Leistungen im Beitrittsgebiet von derzeit 83 v.H. auf 86 v.H. der für diese Leistungen in den alten Bundesländern geltenden Gebührensätze angehoben werden, nachdem der Bundesrat am 6. November 1998 einer entsprechenden Gebührenanpassung für privatärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Beitrittsgebiet im Rahmen einer Fünften Gebührenanpassungsverordnung bereits zugestimmt hat (vgl. BR-Drucksachen 732/98 und 732/98 – Beschluß). In dieser noch von der alten Bundesregierung vorgelegten Verordnung war entgegen dem bisher bei Gebührenanpassungen für GOÄ- und GOZ-Leistungen im Beitrittsgebiet üblichen Gleichklang die Gebührenanpassung für GOZ-Leistungen wegen regelungstechnischer Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Konstruktion der GOZ-Direktabrechnung im Rahmen der Festzuschußregelung zum Zahnersatz im SGB V zunächst ausgeklammert worden. Da diese Regelung mit dem vorliegenden Gesetz aufgehoben wird, besteht auch für eine Differenzierung bei der Gebührenanpassung kein Grund mehr. Vor diesem Hintergrund stellt die Vorschrift den gebotenen Gleichklang bei der Gebührenanpassung für privatärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen im Beitrittsgebiet wieder her.

Zu Absatz 2

Die Regelung ermöglicht, künftige Gebührenanpassungen für Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte im Beitrittsgebiet wieder wie bisher im Verordnungswege durchzuführen.

Zu Artikel 19d

Am 1. Februar 1998 sind mit der Neufassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) auch neue Regelungen über das Verschreiben eines Substitutionsmittels in Kraft getreten. Sie sehen unter anderem in § 5 Abs. 3 Satz 2 BtMVV – abgesehen von anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen – die Umstellung der bisher mit Codein oder Dihydrocodein substituierten Patienten auf Methadon, Levomethadon oder ein anderes zugelassenes Substitutionsmittel vor.

Für diese Umstellung ist in § 18 Abs. 1 BtMVV eine Übergangsfrist von elf Monaten zur Verfügung gestellt worden. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß die Umstellung im Rahmen der kontinuierlichen ärztlichen Betreuung erleichtert und unterstützt werden kann, wenn diese Frist verlängert wird. Es soll vermieden werden, daß zu enge zeitliche Vorgaben Schwierigkeiten im Therapieverlauf hervorrufen. Mit der Fristverlängerung wird einem von der Ärzteschaft geäußerten Wunsch Rechnung getragen.

Zu Artikel 20

Die Vorschrift erleichtert die Umsetzung der Budgetregelung ab 1. Januar 1999. Von diesem Zeitpunkt an ist der gesetzlich bestimmte Punktwert den Planungen und Abrechnungen zugrunde zu legen. Gleichzeitig schafft die

Regelung einen Anreiz, möglichst zügig neue vertragliche Vereinbarungen unter Einbeziehung der Budgetregelung des Artikels 15 Abs. 1 zu treffen. Satz 3 stellt sicher, auf welcher Rechtsgrundlage die Vergütungen für zahntechnische Leistungen ab 1. Januar 1999 zu erfolgen haben.

Zu Artikel 21

Folgeänderung zu dem neu eingefügten Artikel 19d.

Zu Artikel 22**Zu Absatz 1a**

Die Regelung, die eine korrekturbedingte Verschiebung des Risikostrukturausgleichs für 1997 und eine zeitliche Streckung der auf die Korrekturen der Vorjahre entfallenden Zahlungsverpflichtungen ermöglicht, soll noch im Jahr 1998 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Als redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1 (Artikel 19c Abs. 1) stellt die Vorschrift klar, daß § 2 der Vierten Gebührenanpassungsverordnung, auf dem die derzeit für GOZ-Leistungen im Beitrittsgebiet vorgeschriebene Vergütungshöhe beruht, mit Inkrafttreten der Gebührenanpassung außer Kraft gesetzt wird.

Bonn, den 2. Dezember 1998

Gudrun Schaich-Walch

Berichterstatlerin