

## **Gesetzentwurf**

### **der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

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

##### **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 Arzneimittelzuzahlung 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.

### **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**

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand  
Keine
2. Vollzugaufwand  
Keiner

### **E. Sonstige Kosten**

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

## 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.“

3. § 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.

(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 Seitenzahngebiet 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.

(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 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. § 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“.

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.

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 Unterschreitungsbeitrages 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.
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 Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt.“
- 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 gestrichen.
- 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 eingefügt:
- „Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, daß die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird.“
- 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 Kalender-

jahr 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 ganztägig 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 einzu beziehen. 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 4 a 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 Überschreitung 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 4 a. 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 zahn-technischen 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 zahn-technischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Krankenkassen können mit Einzellaboren oder Gruppen von Laboren günstigere Verträge abschließen und die Versicherter sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren.

(3) Preise für zahn-technische 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 Zahn-techniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahn-techniker 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 Schiedsamtverordnung entsprechend.

(8) Die Innungsverbände der Zahn-techniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahn-techniker 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 Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Krankenkasse oder ihr Verband“ ersetzt.

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

„§ 106 a

#### Abrechnungsprüfung

Die Kassenzahnärztlichen 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.“

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.“

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.“

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.“

24. § 221 wird aufgehoben.

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

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

## Artikel 2

### Änderung des Neunten SGB V-Änderungsgesetzes

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

### Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes

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

### Änderung des GKV-Finanzstärkungsgesetzes

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

### 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:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefaßt:

„§ 27a

Finanzkraftausgleich ab 1999“.

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.

## 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.

4. § 15 wird wie folgt geändert:

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 einzubeziehen.“

## 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-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zusätzlich einzubeziehen.

(2) Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten Änderungen des Bundes-Angestelltentarifvertrags 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.

(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 Pflegesatzpartei 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 Fehlbelegungsabschlag in Höhe von 1 vom Hundert (§ 17 a 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 Bundespflegeverordnung 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 Bundespflegeverordnung 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 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 Fünftes Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze

Das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünftes 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.
- 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 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 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 Fünftes 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 Fünftes 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.

(4) Vertragsärztliche Leistungen nach den §§ 25 und 26 des Fünftes 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 Fünftes 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.

(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.

### **Artikel 18**

#### **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.

### **Artikel 19**

#### **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.

### **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.

(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.

Bonn, den 9. November 1998

**Dr. Peter Struck und Fraktion**  
**Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion**

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Ziele und Handlungsbedarf

Die Koalitionsfraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben sich auf der Basis der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 durch ihre Beschlüsse zur Sozial- und Gesundheitspolitik darauf verständigt, soziale Sicherheit gegenüber den wichtigen Lebensrisiken zu garantieren und die finanzielle Stabilität der sozialen Sicherungssysteme durch eine entschiedene Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und durch Strukturereformen sicherzustellen. Gleichzeitig wurde eine Senkung der Lohnnebenkosten durch eine ökologische Steuer- und Abgabenreform beschlossen, die in einem ersten Schritt 1999 dazu führen soll, die Sozialversicherungsbeiträge um 0,8 Prozentpunkte zu senken.

Der Sicherstellung dieser sozial- und gesundheitspolitischen Ziele dient unter anderem die Gewährleistung eines leistungsfähigen und bezahlbaren Gesundheitssystems für alle. Dabei fühlt sich die neue Bundesregierung aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN einer sozial gerechten Gesundheitspolitik verpflichtet, die auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip beruht und auf eine paritätisch aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanzierte Krankenversicherung aufbaut, in der jeder den gleichen Anspruch auf eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung hat.

Zur Entlastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und als wichtige beschäftigungspolitische Voraussetzung zur Schaffung neuer Arbeitsplätze will die neue Bundesregierung die Lohnnebenkosten auf unter 40 vom Hundert absenken. Hierzu sollen in einem ersten Schritt die Sozialversicherungsbeiträge um 0,8 Prozentpunkte in 1999 gesenkt werden. Diese Ziele sind nur dann zu erreichen, wenn es gelingt, den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu stoppen und die Beiträge dauerhaft zu stabilisieren.

Die alte Bundesregierung aus CDU/CSU und F.D.P. konnte in der vergangenen Legislaturperiode die Stabilität der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewährleisten. Der aktuelle Durchschnitts-Beitragssatz von 13,6 vom Hundert lag um rd. 0,5 Beitragssatzpunkte oberhalb des Niveaus zu Beginn der 13. Legislaturperiode Anfang 1995. Das „Beitragsentlastungsgesetz“ sowie das „1. Und 2. GKV-Neuordnungsgesetz“ haben das erklärte Ziel, das Beitragssatzniveau der Krankenkassen zu senken, nicht erreicht. Diese gesetzlichen Regelungen haben nicht verhindern können, daß bis Mitte 1997 ein erneuter Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dazu beigetragen haben, daß die Lohnnebenkosten auf ein Rekordniveau gestiegen sind. Dies hat die internationale Wettbewerbsposition

Deutschlands geschwächt und den Anstieg der Arbeitslosigkeit beschleunigt.

Die zum 1. Januar bzw. zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Gesetze haben nicht nur ihr Ziel einer Senkung und dauerhaften Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge verfehlt, sondern auch zu sozial- und gesundheitspolitisch unverträglich finanziellen Belastungen der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten geführt. Drastische Erhöhungen der Zuzahlungen, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung haben vor allem chronisch Kranke und ältere Patienten belastet. Darüber hinaus haben Leistungsausschlüsse wie z.B. die Ausgrenzung des Zahnersatzes für Kinder und Jugendliche dazu geführt, daß Kinder aus einkommensschwachen Familien sich Zahnersatz nicht mehr leisten können. Auf der anderen Seite wurden die Leistungserbringer von ausgabenbegrenzenden Regelungen völlig ausgenommen. Wirksame Steuerungsinstrumente, die geeignet erscheinen, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern, kamen nicht zur Anwendung oder wurden zurückgenommen.

Vor diesem Hintergrund wollen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik einleiten. Sie haben sich auf die Durchführung einer Strukturreform der Krankenversicherung zum 1. Januar 2000 verständigt, die für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen sorgen soll.

Im Rahmen dieser Strukturreform sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Streichung medizinisch fragwürdiger Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen,
- Einführung eines Globalbudgets für die Ausgaben der Krankenkassen,
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter Beachtung der freien Arztwahl,
- bessere Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern, z.B. durch gemeinsame Nutzung teurer Medizintechnik,
- Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch Einführung einer Positivliste und Verstärkung der Re-Importe von Arzneimitteln,
- Neuordnung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme im Rahmen der Vertragsgebührenordnungen und Pflegesätze einschließlich monistischer Krankenhausfinanzierung,
- Vorrang von Rehabilitation vor Frühverrentung und Pflege,
- Reform der ärztlichen Ausbildung und Überprüfung der Berufsbilder der Medizinalfachberufe,

- Stärkung der Patientenrechte, des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung sowie die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung.

Dabei werden Gesundheitsvorsorge-, Gesundheitsförderung und Rehabilitation einen hohen Rang erhalten sowie das Instrument der Selbsthilfe gestärkt werden.

Eine solche Strukturreform bedarf einer gründlichen Vorbereitung und intensiver Diskussionen mit den Beteiligten im Gesundheitswesen, so daß diese Reform erst zum 1. Januar 2000 eingeführt werden kann.

Die Bundesregierung sieht jedoch bereits zu Beginn ihrer Regierungstätigkeit die dringende Notwendigkeit, im Rahmen eines Sofortprogramms unvermeidbare Belastungen für Versicherte und Patienten zurückzunehmen und zugleich durch eine vorläufige, kurzfristig wirksame Ausgabenbegrenzung die notwendige Stabilität der Beitragssätze sicherzustellen. Nur unter dieser Voraussetzung ist eine adäquate und ohne Hektik erfolgende Vorbereitung der mittel- und langfristig angelegten Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung nach intensiver Diskussion mit den Beteiligten möglich. Aus diesem Grund haben die Koalitionsfraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ein „Vorschaltgesetz“ schon wenige Tage nach ihrer Regierungsübernahme eingebracht, das zum 1. Januar 1999 in Kraft treten soll.

## II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Das Gesetz hat folgende Inhalte und Schwerpunkte:

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

### 1. Vorläufige Ausgabenbegrenzung

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 rd. 2,5 Mrd. DM. Deshalb sind für die wichtigsten Leistungsbereiche der Krankenkassen im Jahr 1999 ausgabenbegrenzende Regelungen vorgesehen:

- Bei ärztlicher Behandlung dürfen die Veränderungsraten 1999 den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen 1998 – getrennt nach alten und neuen Bundesländern – nicht überschreiten. Ausgangsbasis ist die um den Grundlohnanstieg des Jahres 1998 und

einen weiteren Prozentpunkt erhöhte Gesamtvergütung des Jahres 1997.

- Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung werden Gesamtvergütungen (einschließlich Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung) als Obergrenzen vorgegeben, die sich an dem Ausgabenvolumen des Jahres 1997 orientieren.
- Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser werden auf der Basis der Vereinbarungen für das Jahr 1998 im Jahr 1999 begrenzt auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen. Notwendige Ausnahmetatbestände – insbesondere zur anteiligen Berücksichtigung der BAT-Entwicklung sowie zur Krankenhausplanung der Länder wird Rechnung getragen. Der bisherige Anspruch aller Krankenhäuser auf Zahlung der Instandhaltungspauschale in Höhe von 1,1 vom Hundert wird ausgesetzt.
- Gesetzliche Vorgaben für die Vereinbarungen von Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets auf der Basis der Budgets des Jahres 1996 unter Abzug der Zuzahlungserhöhungen begrenzen das Ausgabenvolumen im Bereich ärztlich veranlaßter Leistungen.
- Gleichzeitig werden die Voraussetzungen für die Absenkung von Festbeträgen für Arzneimittel verbessert.
- Verträge über Rettungsdienste/Krankentransporte, Heilmittel sowie zahntechnische Leistungen dürfen maximal Veränderungen in der Höhe des Zuwachses der beitragspflichtigen Einnahmen vorsehen. Im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht kein kurzfristiger gesetzlicher Handlungsbedarf, da viele Krankenkassen seit einiger Zeit ein Hilfsmittelmanagement aufbauen.

### 2. Rückführung von Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen

Die mit dem Beitragsentlastungsgesetz und dem 1. GKV-Neuordnungsgesetz verbundenen Zuzahlungserhöhungen haben vor allem im Arzneimittelbereich für die Patientinnen und Patienten zu unvermeidbaren Mehrbelastungen geführt. Von der packungsgrößenabhängigen Zuzahlungsanhebung von 3 DM, 5 DM und 7 DM auf 9 DM, 11 DM und 13 DM sind vor allem chronisch Kranke und ältere Personen betroffen. Zur Entlastung dieses Personenkreises wird die Zuzahlung ab 1. Januar 1999 für die Packungsgröße N1 von 9 DM auf 8 DM, für die Packungsgröße N2 von 11 DM auf 9 DM und für die Packungsgröße N3 von 13 DM auf 10 DM 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 ihrer chronischen Erkrankung von Zuzahlungen zu Fahrkosten und Arznei-, Verband- und Heilmitteln völlig freistellt. Eine darüber hinausgehende kurzfristige Absenkung der Zuzahlungsbeträge und damit verbundene Mehrausgaben wären mit der Notwendigkeit der Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar.

Über die Absenkung der Arzneimittelzuzahlungen und der Absenkungen der Belastungen für chronisch Kranke hinaus werden auf der Grundlage des geltenden Rechts absehbare weitere Zuzahlungserhöhungen im Jahr 1999 und den Folgejahren vermieden:

- Die mit dem zum 1. Januar 1999 in Kraft tretenden „Psychotherapeutengesetz“ vorgesehene Einführung einer Zuzahlung von 10 DM je Sitzung wird aufgehoben.
- Die sogenannte „Dynamisierung“ bestehender Zuzahlungen in Anlehnung an die Entwicklung der „Bezugsgröße“, die zum 1. Juli 1999 zu weiteren Zuzahlungserhöhungen von 0,50 DM je Arzneimittelverordnung, 1 DM je zuzahlungspflichtigem Krankenhaus- und Kurtag sowie 1 DM je Krankentransport und nach weiteren zwei Jahren erneut zu Zuzahlungserhöhungen geführt hätte, entfällt.

Darüber hinaus wird der sogenannte „Koppelungsmechanismus“, der ab dem Jahr 2000 im Falle von Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen automatisch zu weiteren Zuzahlungserhöhungen geführt hätte, abgeschafft. Bei Beitragssatzerhöhungen einer Krankenkasse von einem Beitragssatzpunkt hätte dies eine weitere Zuzahlungserhöhung von 10 DM bei Zuzahlungen, die in festen DM-Beträgen erhoben werden und von 10 Prozentpunkten bei prozentualen Zuzahlungen zur Folge gehabt. Dies wäre nicht nur für die betroffenen Versicherten und Patienten mit erheblichen inakzeptablen Mehrbelastungen verbunden. Es hätte auch zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen geführt und darüber hinaus die Position der gesetzlichen gegenüber der privaten Krankenversicherung erheblich geschwächt.

Schließlich wird das sogenannte „Krankenhaus-Notopfer“ von 20 DM je Mitglied, das für das Jahr 1997 nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand erhoben werden konnte und bei den betroffenen Mitgliedern auf erhebliche Akzeptanzprobleme stieß, für die Jahre 1998 und 1999 ausgesetzt. In Einzelfällen bereits erfolgte Zahlungen des „Notopfers“ für das Jahr 1998 werden von den Krankenkassen zurückerstattet.

Die Zahnersatzleistungen für Kinder und Jugendliche, die die alte Bundesregierung mit dem „Beitragsentlastungsgesetz“ für Versicherte, die nach 1978 geboren wurden, aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen hat, werden wieder eingeführt. Damit wird gewährleistet, daß medizinisch notwendiger Zahnersatz in Zukunft weiterhin für die gesamte Bevölkerung bezahlbar bleibt. Durch die Übernahme eines höheren Kassenanteils bei Versicherten, die zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch genommen haben, bleibt der notwendige Anreiz, durch Zahnprophylaxe Zahnersatz zu vermeiden, weiterhin erhalten.

### 3. Rücknahme von Elementen der privaten Versicherungswirtschaft

Mit dem Beitragsentlastungsgesetz sowie dem 1. Und 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden eine Reihe von

Elementen der privaten Versicherungswirtschaft in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebaut. Hierzu zählen insbesondere

- die Einführung der Kostenerstattung beim Zahnersatz und bei kieferorthopädischer Behandlung,
- die generelle Wahlmöglichkeit der Kassenmitglieder zwischen Sachleistung und Kostenerstattung,
- die im Rahmen der sogenannten „Gestaltungsleistungen“ ermöglichte Einführung von Selbstbehalten, Beitragsrückzahlungen, Zuzahlungen und erweiterten Leistungen durch Satzungsregelungen der einzelnen Krankenkasse.

Diese 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 sparsameren Leistungsanspruchnahme und wirtschaftlicheren Leistungserbringung beizutragen, nicht erreichen. Dies haben insbesondere alle bisherigen Erfahrungen einer Einführung von Kostenerstattung und Beitragsrückgewähr gezeigt. Diese Elemente der privaten Versicherungswirtschaft werden wieder aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

Dies bedeutet insbesondere, daß die Leistungsgewährung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wieder durchgängig auf der Basis des bewährten Sachleistungsprinzips erfolgt. Die generelle Wahlmöglichkeit für Versicherte zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wird wieder auf freiwillig Versicherte beschränkt; die obligatorische Einführung der Kostenerstattung bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen wird aufgehoben.

Im Bereich des Zahnersatzes wird darüber hinaus anstelle des bisherigen Festzuschußsystems die Sachleistung der Krankenkassen eingeführt. Die Versicherten haben – wie in dem bis Mitte 1997 geltenden Recht – einen Anteil von grundsätzlich 50 vom Hundert der Kosten zu tragen. Die Möglichkeiten der Zahnärzteschaft im Zahnersatzbereich auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte abzurechnen, die seit Einführung dieser Regelungen mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz von größeren Teilen der Zahnärzteschaft im Wege einer rechtswidrigen Abrechnungspraxis zu Lasten der Versicherten erfolgte, wird ebenfalls aufgehoben. Die Vergütung von Zahnersatzleistungen erfolgt damit wieder auf der Grundlage vertraglich zwischen Zahnärzteschaft und Krankenkassen vereinbarten Vertragsgebührenordnungen im Wege des Sachleistungsprinzips.

### 4. Weitere Regelungen

Zugunsten der Beitragszahler in den neuen Ländern wird die zeitliche Befristung im gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich aufgehoben. Mit dem im GKV-Finanzstärkungsgesetz für die Jahre 1999 bis 2001 vorgesehenen Ausgleichstransfers sollten Beitragssatzerhöhungen in den neuen Ländern vermieden werden. Die

Streichung der zeitlichen Befristung stellt diese Ausgleichsleistungen auch über das Jahr 2001 hinaus sicher. Damit wird die Solidarität zwischen den Krankenkassen in den alten und neuen Ländern gestärkt.

Außerdem wird im Rahmen des Gesetzes eine Mitfinanzierung der Krankenkassen an der zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung gebotenen allgemeinärztlichen Weiterbildung sichergestellt.

## B. Besonderer Teil

### Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Zu Nummer 1 (§ 13)

Der Entwurf schafft die Kostenerstattung für Pflichtversicherte ab. Die Kostenerstattung ist ein der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung fremdes Element. Die Abschaffung ist daher zur Aufwertung des Solidar- und Sachleistungsprinzips geboten.

Ob und inwieweit auch für freiwillig Versicherte die Möglichkeit der Kostenerstattung beseitigt werden sollte, soll im Rahmen des dem Vorschaltgesetz folgenden Strukturreformgesetzes entschieden werden.

#### Zu Nummer 2 (§ 29)

Die Regelung stellt sicher, daß alle kieferorthopädischen Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung zu erfolgen haben. Damit erfolgt die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen wieder über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Wie bisher bleibt der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) Abrechnungsgrundlage. Im übrigen bleibt der bisherige Inhalt der kieferorthopädischen Behandlung unberührt.

#### Zu Nummer 3 (§ 30)

##### Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt, daß zukünftig alle Versicherten, und somit auch nach dem 31. Dezember 1978 Geborene, wieder Anspruch auf Zahnersatz haben. Damit wird dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Generationen wieder Geltung verschafft.

Weiter sieht die Vorschrift vor, daß die Versorgung mit Zahnersatz als Sachleistung erfolgt. Abrechnungsbasis für vertragszahnärztliche prothetische Leistungen ist wieder der einheitliche Bewertungsmaßstab für die vertragszahnärztlichen Leistungen, wie er am 31. Dezember 1997 bestand. Die zahnärztlichen Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz sind Bestandteil der Gesamtvergütung (§ 85 Abs. 1). Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die gesetzliche Änderung, daß die Versorgung mit Zahnersatz als Sachleistung erfolgt, erfordert zwingend die Abrechnung auf Basis des einheitlichen Be-

wertungsmaßstabs für vertragszahnärztliche Leistungen (§ 87 Abs. 1 und 2). Eine Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen über die private zahnärztliche Gebührenordnung (GOZ) ist nicht möglich. Die bisherige Abrechnung auf Basis der GOZ hat zu unververtretbaren Belastungen der Versicherten und zu vielen Abrechnungsunsicherheiten und -streitigkeiten zwischen Zahnarzt und Versicherten geführt. Insbesondere bei Versicherten, die Anspruch auf eine vollständige Befreiung bei den Kosten für Zahnersatz gemäß § 61 hatten, hat dieses System zu hohen Zuzahlungen geführt und damit die vollständige Befreiung nicht gewährleistet.

Das bisherige Festzuschußkonzept wird aufgegeben. Die Erfahrung mit Festzuschüssen hat gezeigt, daß die Standardisierung der Festzuschüsse in bestimmten Fällen, insbesondere aber bei Härtefällen, zu Problemen führt, die in einem standardisierten Festzuschußmodell nie vollkommen ausgeschlossen werden können. Außerdem hat die Umstellung auf Festzuschüsse in vielen Fällen auch zu einer Erhöhung der Gesamtkosten je Fall geführt. Dies wiederum führte zu unerwünschten zusätzlichen Belastungen der Versicherten. Aufgrund der vielfältigen Rechtsunsicherheiten bei Zahnärzten, Zahntechnikern, Krankenkassen und Versicherten haben sich medizinisch nicht begründbare Leistungseinbrüche bei der Versorgung mit Zahnersatz ergeben. Derartige irrationale Entwicklungen sind weder im Interesse der Leistungserbringer noch der Krankenkassen noch der Versicherten und der Gesamtwirtschaft. Auch der angebliche Vorteil von Festzuschüssen, gerechter zu sein als eine prozentuale Bezuschussung, entfällt, da auch das Festzuschußsystem unterschiedliche Versorgungsformen kennt und damit auch in diesem System derjenige, der die teuerste Versorgungsform wählt, den höchsten Zuschuß von der Krankenkasse erhält.

Der Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz ist in Absatz 1 und ergänzend in den Zahnersatz-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen geregelt. Aus Gründen der Rechtsklarheit wird im Gesetz und nicht nur in den geltenden Zahnersatz-Richtlinien festgelegt, daß die Legierungskosten bei Kronen bzw. Brücken auf Nichtedelmetalle begrenzt sind.

##### Zu Absatz 2

Zu der Versorgung mit Zahnersatz als Sachleistung haben die Versicherten einen Anteil an den Kosten (grundsätzlich 50 vom Hundert) selbst aufzubringen. Diese Belastung entspricht den vor dem 1. Juli 1997 geltenden Regelungen.

Die bisherige Bonusregelung bleibt grundsätzlich erhalten. Sie wird jedoch, dem alten Recht entsprechend, das vor dem 1. Juli 1997 gegolten hat, wieder auf 10 bzw. 15 vom Hundert statt auf 20 bzw. 30 vom Hundert festgelegt. In der Sache bedeutet dies keine Veränderung in der Höhe des Bonusanspruchs, da die bisherigen Festzuschüsse auf der Basis von 50 vom Hundert der Kosten der verschiedenen Zahnersatzversorgungsformen definiert wurden. Da sich der Bonusanspruch im neuen

System wieder auf die Gesamtkosten der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht, halbieren sich die Beträge gegenüber dem bisherigen Recht.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 grenzt die vertragszahnärztliche Versorgung von den vom Versicherten ergänzend wählbaren Zusatzleistungen ab. Sämtliche Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch in diesen Fällen als Sachleistung auf der Berechnungsgrundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abzurechnen. Lediglich die Kosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden, Leistungen haben Versicherte selbst in vollem Umfang zu tragen. Nur diese Leistungen sind auf der Grundlage eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages zwischen dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt zu erbringen und nach der GOZ abzurechnen. Dies gilt für weitere Brückenglieder bzw. Teleskope, die über den Leistungsumfang nach Absatz 1 hinausgehen. Die Anzahl der Brückenglieder und Teleskope innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung sind auch in diesen Fällen Sachleistung. Die Begrenzungen auf Kunststoffverblendungen bzw. bei Legierungen auf Nichtedelmetalle in Absatz 1 bedeutet konkret für die Abrechnung, daß Versicherte, die statt der Kunststoffverblendung eine Keramikverblendung oder statt einer Nichtedelmetallegerierung eine Goldlegierung wählen, nur die Differenz der zahntechnischen Kosten zwischen einer Kunststoff- und einer keramischen Verblendung bzw. zwischen einer Nichtedelmetallegerierung und einer Goldlegierung zusätzlich zu zahlen haben. Bei Verblendungen im Seitenzahnbereich sind die Kronen bzw. Brücken Sachleistung, lediglich die Verblendung selbst ist als zahntechnische Leistung privat abrechenbar. Die zugrundeliegenden Kronen- und Brückenleistungen bei Verblend- bzw. Legierungsarbeiten sind stets im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung abzurechnen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren müssen, bevor sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angewandt werden können, wie bei allen anderen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen auch beim Zahnersatz, vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 anerkannt sein. Diese Regelung gewährleistet, auch vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung zur Qualitätssicherung des Bundessozialgerichts, daß nur anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung sind. Vom Bundesausschuß nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung auf der Grundlage eines ausschließlich privatrechtlichen Vertrages zu erbringen und vollständig vom Versicherten, d.h. ohne anteilige Beteiligung der Krankenkasse, zu vergüten. Leistungen der Krankenkassen in diesen Fällen sind rechtswidrig und lösen haftungsrechtliche Konsequenzen aus.

#### Zu Absatz 4

Zur Vermeidung von Unklarheiten in der Praxis gibt Absatz 4 konkrete Verfahrensregelungen für die Versor-

gung mit Zahnersatz und ergänzende Zusatzleistungen vor. Der Zahnarzt hat vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte (vertragszahnärztliche und ggf. zusätzliche privatrechtliche) Behandlung umfassenden Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der gesamte Heil- und Kostenplan muß von der Krankenkasse geprüft und der vertragszahnärztliche Teil genehmigt werden. Des weiteren hat die Krankenkasse den Versichertenanteil an den Kosten der vertragszahnärztlichen Behandlung zu bestimmen. Der Heil- und Kostenplan ist auch dann kostenfrei, wenn es nicht zu einer Behandlung kommt (§ 85 Abs. 2 Satz 6). Ist die Behandlung abgeschlossen, rechnet der Vertragszahnarzt den von der Krankenkasse zu tragenden Anteil an den Kosten über die Kassenzahnärztliche Vereinigung ab. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung leitet die Abrechnung nach durchgeführter Prüfung an die Krankenkasse weiter. Versicherte haben ihren Anteil an den Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung erst nach erfolgter Prüfung durch die Krankenkasse an den Vertragszahnarzt zu zahlen. Dieses Verfahren entspricht weitgehend der Rechtslage bis Ende 1997, gewährleistet jedoch, daß auch die privatrechtlichen Abrechnungen der zusätzlichen Leistungen einer fachlichen Prüfung unterliegen.

#### Zu Nummer 4 (§ 30 a)

Folgeregelung zur Aufhebung des Festzuschußkonzepts bei Zahnersatz.

#### Zu Nummer 5 (§ 31 Abs. 3 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 Nummer 6 (§ 35)

Die mit der Festbetragsregelung nach § 35 verfolgte Zielsetzung, im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung auf einem möglichst günstigen Preisniveau zu gewährleisten (siehe Absatz 5 Satz 2), ist in den vergangenen Jahren nur teilweise erreicht worden. Eine Ursache dieses Defizits liegt in der nicht hinreichend konkret definierten gesetzlichen Vorgabe zur Höhe der Festbeträge: Nach dem bisher geltenden Recht ist bei der Festsetzung von Festbeträgen von den „preisgünstigen Apothekenpreisen in der Vergleichsgruppe“ auszugehen. Diese Formulierung soll durch eine Vorgabe ersetzt werden, die eine Festsetzung der Festbeträge im unteren Drittel der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Abgabepreis der Vergleichsgruppe vorsieht.

*Zu Nummer 7 (Drittes Kapitel Sechster Abschnitt)*

Die Aufhebung umfaßt die bisherigen Vorschriften § 53 (Selbstbehalt), § 54 (Beitragsrückzahlung), § 55 (Zuzahlungen) und § 56 (Erweiterte Leistungen). Diese Regelungen sind durch das 2. NOG mit Wirkung vom 1. Juli 1997 geschaffen worden. Da durch sie Instrumente der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt worden waren, die mit den Prinzipien einer solidarischen Krankenversicherung nicht vereinbar sind, müssen sie aufgehoben werden. Falls einzelne Krankenkassen auf Grund des § 53 SGB V Satzungsregelungen getroffen haben sollten, wird durch eine Übergangsregelung klargestellt, daß diese Satzungsbestimmungen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes unwirksam werden und daß Satzungsbestimmungen nach den §§ 54 bis 56 SGB V spätestens mit dem 31. Dezember 1999 auslaufen.

*Zu Nummer 8 (§ 61)*

Diese Regelung übernimmt grundsätzlich das bis Ende 1997 geltende Recht und stellt dabei sicher, daß Versicherte, die vollständig von Zuzahlungen befreit sind, ihre Zahnersatzversorgung im Rahmen des § 30 Abs. 1 ohne Eigenanteil erhalten.

*Zu Nummer 9 (§ 62)**Zu Buchstabe a*

Die Regelung schafft besondere Erleichterungen für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind. Für die Inanspruchnahme der bisherigen Zuzahlungsgrenze von 1 vom Hundert war Voraussetzung, daß sie ein Jahr lang Zuzahlungen bis zu einer Belastungsgrenze von 2 vom Hundert erbracht haben. Diese Regelung bleibt zwar für alle Versicherten bestehen. Wenn chronisch Kranke diese Grenze von 2 vom Hundert pro Kalenderjahr aber nicht erreicht hatten, konnten sie die bisherige Sonderregelung nicht in Anspruch nehmen. Künftig reicht es aus, daß sie mit ihren Zuzahlungen die neue Rechnungsgröße von 1 vom Hundert der Jahresbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt erreicht haben, um für die weitere Dauer der Behandlung dieser Krankheit von Zuzahlungen zu notwendigen Fahrkosten sowie zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln vollständig freigestellt zu werden. Da bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nicht nur die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen, sondern auch deren Zuzahlungen an die gesetzliche Krankenversicherung zusammengerechnet werden (§ 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V), gilt die Zuzahlungsbefreiung nicht nur für den chronisch Kranken selbst, sondern auch für alle anderen in der GKV versicherten Haushaltsangehörigen.

*Zu Buchstabe b*

Diese Vorschrift übernimmt grundsätzlich die bisher geltende gleitende Härtefallregelung, paßt sie jedoch dem neuen Recht bei der Versorgung mit Zahnersatz an.

*Zu Nummer 10 (§ 62 a)*

Die Regelung stellt sicher, daß die Zuzahlungsbeträge nicht entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße West angepaßt werden. Eine Veränderung der Zuzahlungen kann künftig – wie auch schon nach dem Recht vor dem 2. NOG – nur durch Gesetz erfolgen.

*Zu Nummer 11 (§ 83 Abs. 2)*

Folgeregelung zur Neuregelung nach § 106 a.

*Zu Nummer 12 (§ 84)**Zu Buchstabe a**Zu Doppelbuchstabe aa*

Die entfallende Regelung ist durch Ablauf des für sie relevanten Zeitraums gegenstandslos geworden.

*Zu Doppelbuchstabe bb*

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, daß auf Grund besonderer Umstände die zu Lasten der ärztlichen Gesamtvergütung ausgleichenden Budgetüberschreitungen ein Ausmaß erreichen können, das zu einer nicht vertretbaren finanziellen Belastung der Vertragsärzte führen kann. Dadurch kann auch die Funktionsfähigkeit der Arznei- und Heilmittelbudgets als Steuerungsinstrument gefährdet werden. Um solche negativen Konsequenzen künftig zu vermeiden, wird eine Obergrenze für die von den Ärzten auszugleichenden Budgetüberschreitungen eingeführt. Die Sätze 5 und 6 regeln das Verfahren des Ausgleichs bei einer Budgetüberschreitung. Sie erfolgt im Wege der Verrechnung mit der Gesamtvergütung des Folgejahres. Die Regelung in Satz 8 eröffnet der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen die Möglichkeit, die im Falle einer Unterschreitung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets verfügbaren Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung zu verwenden. Damit kann auch ein Beitrag geleistet werden, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung, z.B. im Rahmen von Qualitätszirkeln, zu verbessern.

*Zu Buchstabe b*

Die aus datenschutzrechtlichen Gründen verwendete Formulierung „arztbezogen, nicht versichertenbezogen“ ist dahin gehend fehlinterpretiert worden, daß die Krankenkassen verpflichtet seien, auf den einzelnen Arzt bezogene Daten zeitnah für Zwecke einer „Budgetsteuerung“ an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Die Vorschrift beinhaltet jedoch lediglich die Verpflichtung der Krankenkassen, die zur Feststellung einer etwaigen Budgetüberschreitung notwendigen Daten zu erfassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Durch den Wegfall des Wortes „arztbezogen“ werden solche Fehlinterpretationen vermieden.

*Zu Buchstabe c*

Die durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vorgesehene Ablösung der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößenvereinbarungen wird rückgängig ge-

macht. Die Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel erhalten wieder ihre Funktion eines flankierenden Steuerungsinstrumentes zu den Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets: Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 15 vom Hundert werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen der ärztlichen Verordnungsweise durchgeführt (§ 106 Abs. 5a). Diese Richtgrößenprüfungen tragen dazu bei, Überschreitungen der Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets zu vermeiden.

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 13 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung ist eine Folgeregelung zu Artikel 14. Die durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz eingeführte Regelung über Regelleistungsvolumen ist mit Artikel 14 nicht zu vereinbaren und wird daher aufgehoben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Übernahme einer bereits in § 85 Absatz 3 Satz 2 enthaltenen Definition der Gesamtvergütung wird klargestellt, daß bei jeder der in Absatz 2 aufgeführten Formen der Berechnung der Gesamtvergütung – auch bei der Berechnung der Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen – im vorhinein ein abschließend festgelegtes Honorarvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu vereinbaren ist. Eine Vergütung von Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung ist nur zulässig, soweit diese Möglichkeit gesetzlich vorgesehen ist, wie bei der Vergütung von nichtärztlichen Dialyseleistungen nach § 85 Abs. 3a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es wird klargestellt, daß Leistungen, die im Wege der Kostenerstattung vergütet werden, Bestandteil der Gesamtvergütung und auf diese anzurechnen sind.

Zu den Buchstaben b, e und h

Die entfallenden Regelungen sind durch Ablauf des für sie relevanten Zeitraums gegenstandslos geworden.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe d

Die entfallenden Regelungen sind durch Ablauf des für sie relevanten Zeitraums gegenstandslos geworden. Die Formulierung der ohne zeitliche Begrenzung geltenden Regelung zur Vergütung nichtärztlicher Dialyseleistungen wird angepaßt.

Zu den Buchstaben e und f

Redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe g

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung nicht vorzeitig im Jahr verteilen, so daß auch gegen Ende des Rechnungsjahres noch genügend Finanzmittel zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Zu den Buchstaben h bis i

Mit dieser Vorschrift wird der degressive Punktwert über alle zahnmedizinischen Teilbereiche, der zum 1. Juli 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz außer Kraft gesetzt wurde, wieder eingeführt.

Hierdurch kommen auch den Krankenkassen Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten in umsatzstarken Praxen zugute, da bei größeren Leistungsmengen die Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf haben und die Mitarbeiter produktiver eingesetzt werden können. Der degressive Punktwert ist so gestaltet, daß von ihm keine leistungsfeindlichen Impulse ausgehen. Die Rechtmäßigkeit dieser Degressionsregelung ist vom Bundessozialgericht ausdrücklich bestätigt worden. Im übrigen übernimmt die Vorschrift die Degressionsregelung in der Form, wie sie vor dem 1. Juli 1997 gegolten hat und sich auch in der Praxis bewährt hat.

Zu Nummer 14 (§ 87 a)

Durch die Aufhebung des Festzuschußkonzepts und der Kostenerstattung bei Zahnersatz wird die Abrechnungsgrundlage für Zahnersatz auf der Basis der privat Zahnärztlichen Gebührenordnung hinfällig. Vertragszahnärztliche Leistungen sind zukünftig wieder nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab zu vergüten.

Zu Nummer 15 (§ 88)

Diese Vorschrift übernimmt grundsätzlich das bis Ende 1997 geltende Recht. In Absatz 2 wird klargestellt, daß die Krankenkassen mit Leistungserbringern Einzelverträge schließen können und dies den Versicherten und Zahnärzten mitteilen können. Absatz 3 regelt, daß die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen gemäß § 83 Verträge über zahntechnische Leistungen schließen können. Auch wenn keine vertragliche Vereinbarung besteht, haben zahntechnische Leistungen von Praxislaboren die nach Absatz 2 Satz 1 und 2 auf Landesebene vereinbarten Preise der gewerblichen Labore um 5 vom Hundert zu unterschreiten.

Zu Nummer 16 (§ 89)

Diese Regelung übernimmt das bis Ende 1997 geltende Recht.

Zu Nummer 17 (§ 101)

Um die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu flexibilisieren und zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen, wurden durch das 2. GKV-NOG Regelungen für die Teilung eines Vertragszahnarztsitzes (Job-Sharing) und für die erleichterte

Anstellung von Zahnärzten geschaffen. Die Gemeinschaftspraxispartner und die angestellten Zahnärzte werden bei der Bedarfsplanung nicht mitgerechnet. Beide Flexibilisierungstatbestände verlangen daher, daß der Leistungsumfang der Praxis durch den zusätzlichen Zahnarzt nicht wesentlich erweitert wird. Die Einzelheiten hat der Bundesausschuß zu regeln. Die Abstufungsregelungen des § 85 Abs. 4b für die zahnärztlichen Leistungen, wonach sich die Punktzahlgrenzen je nach der Zahl der in der Praxis tätigen Zahnärzte erhöhen, sind damit nicht vereinbar. Sie können nur für die Zahnärzte gelten, die bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

*Zu Nummer 18* (Überschrift des Neunten Titels des Zweiten Abschnitts im Vierten Kapitel)

Folgeänderung zur Regelung nach § 106a.

*Zu Nummer 19* (§ 106)

Die Regelung stellt klar, daß auch die Kassenärztlichen Vereinigungen befugt sind, die Vertragsärzte bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise durch Beratung und Information über die für die Wirtschaftlichkeit der veranlaßten Leistungen relevanten Parameter, z.B. den therapeutischen Nutzen und die Preiswürdigkeit von Arzneimitteln, zu unterstützen.

*Zu Nummer 20* (§ 106a)

Die Regelung dient der Flankierung der nach Artikel 14 vorgesehenen Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen; sie soll übermäßige Ausweitungen der Menge der abgerechneten Leistungen verhindern und den damit verbundenen „Punktwertverfall“, d.h. den durch die Mengenexpansion verursachten Rückgang der rechnerischen Vergütungssätze. Insbesondere werden regelmäßige Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen auf der Grundlage von „Tagesprofilen“ vorgeschrieben. Damit soll zugleich eine leistungsgerechte Honorarverteilung erreicht werden.

*Zu Nummer 21* (§ 125 Abs. 2)

Um die Voraussetzungen zur Durchführung einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2000 zu schaffen, ist eine vorläufige Ausgabenbegrenzung erforderlich. Im Jahr 1999 können deshalb die Krankenkassen bei Heilmitteln höchstens Preisveränderungen in Höhe der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1998 vereinbaren. Ausgangsgrundlage hierfür sind die am 31. Oktober 1998 geltenden Preise. Durch die Regelung haben die Vertragspartner bereits frühzeitig Klarheit über die maximal zu vereinbarenden Preisentwicklungen.

*Zu Nummer 22* (§ 133 Abs. 1 Satz 3)

Um die Voraussetzungen zur Durchführung einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2000 zu schaffen, ist eine vorläufige Ausgabenbegrenzung erforderlich. Im Jahr 1999 können

deshalb die Krankenkassen bei Leistungen des Krankentransports und Rettungsdienstes sowie bei anderen Krankenfahrten höchstens Preisveränderungen in Höhe der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1998 vereinbaren. Ausgangsgrundlage hierfür sind die am 31. Oktober 1998 geltenden Preise.

Darüber hinaus geht der Gesetzgeber davon aus, daß bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven, die durch die hohen Ausgabenzuwächse der vergangenen Jahre insgesamt zu einem überhöhten Ausgabenniveau in diesem Bereich geführt haben, konsequent ausgeschöpft werden.

*Zu Nummer 23* (§ 175 Abs. 4 Satz 3)

Mit der Vorschrift wird das Sonderkündigungsrecht der Mitglieder bei Veränderungen von Satzungs- und Ermessensleistungen der Krankenkassen gestrichen. Damit wird den bisherigen Erfahrungen Rechnung getragen, mit denen Unsicherheiten in der Auslegung dieses Rechts und Hemmnisse seitens der Krankenkassen in der Anwendung von Modellvorhaben zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (§ 63 Abs. 2) deutlich geworden sind.

*Zu Nummer 24* (§ 221)

Die Regelung bewirkt, daß auch künftig Beitragssatzerhöhungen einer Krankenkasse keine Erhöhung von Zuzahlungen für die Versicherten dieser Krankenkasse zur Folge haben. Das außerordentliche Kündigungsrecht für Versicherungspflichtige bei Beitragssatzerhöhungen ihrer Krankenkasse (§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V) bleibt bestehen.

*Zu Nummer 25* (§ 310 Abs. 1 Satz 2)

Folgeänderung zur Aufhebung des § 62a; die Dynamisierung von Zuzahlungsbeträgen im Krankenkassenbereich Ost entfällt ebenfalls.

*Zu Nummer 26* (§ 313a Abs. 1)

Mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz wurde die bisherige Trennung im Risikostrukturausgleich im Bereich der Finanzkraft zwischen den alten und neuen Ländern für die Jahre 1999 bis 2001 beseitigt. Hierdurch sollte ein Anstieg der Beitragssätze der Krankenkassen in den neuen Ländern vermieden werden. Die zeitliche Befristung steht im Widerspruch zu dieser Zielsetzung und wird deshalb mit der Vorschrift aufgehoben. Dadurch werden ferner die Grundlagen der Krankenkassen für die Kalkulation und Planung ihrer Finanzentwicklung verbessert und das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter gestärkt.

**Zu Artikel 2** (Änderung des Neunten SGB V-Änderungsgesetzes)

Die Neuregelung beseitigt die ab 1. Januar 1999 vorgesehene sozialpolitisch unerwünschte Zuzahlungspflicht bei psychotherapeutischer Behandlung und die daran geknüpften Folgeregelungen im Bereich der Härtefall- und Vergütungsregelungen. Die Änderungen der Artikel 2 und 3 sind Folgeänderungen für die Reichsversiche-

rungsordnung und die Krankenversicherung der Landwirte.

Diese Zuzahlungstreichung ist für die Vergütung der Erbringer psychotherapeutischer Leistungen ergebnisneutral. Die Zuzahlung war nämlich nach den §§ 28a, 85 Abs. 3 SGB V i.d.F. des 9. SGB V-ÄndG hinsichtlich der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen als durchlaufender Posten ausgestaltet, also nicht als Vergütungselement für die Leistungserbringer, sondern als Refinanzierungsbestandteil für die Krankenkassen; dies galt auch für die Geltungsdauer der Übergangsregelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in Artikel 11 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze.

**Zu Artikel 3** (Änderung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes)

Das sogenannte Krankenhausnotopfer war eine der Regelungen, die unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung die meiste Unruhe ausgelöst haben. Der Sonderbeitrag wird 1998 und 1999 nicht mehr erhoben; denjenigen, die ihn für 1998 bereits bezahlt haben, wird er zurückerstattet.

Eine entsprechende Regelung für 1997 ist nicht möglich, weil dadurch für die Krankenkassen ein sehr hoher Verwaltungsaufwand mit hohen Folgekosten entstünde.

Mögliche Rechtsunsicherheiten hinsichtlich für 1998 bereits gezahlter Zusatzbeiträge werden dadurch verhindert, daß die Regelung rückwirkend zum 1. Januar 1998 in Kraft tritt.

**Zu Artikel 4** (Änderung des GKV-Finanzstärkungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 313a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Wegen der Aufhebung der zeitlichen Befristung des Finanzkraftausgleichs zwischen den alten und neuen Ländern sind das in Artikel 7 GKVFG vorgesehene Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über eine Anschlußregelung im Risikostrukturausgleich entbehrlich geworden. Da auch eine Regionalisierung der Finanzgrundlagen und Organisationsstrukturen und grundlegende konzeptionelle Änderungen des Risikostrukturausgleichs in absehbarer Zeit nicht vorgesehen sind, bedarf es weder der hierfür zusätzlich vorgesehenen verwaltungsaufwendigen Datenerhebungen noch einer grundlegenden Überprüfung des Risikostrukturausgleichs.

**Zu Artikel 5** (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 313a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

**Zu Artikel 6** (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Artikel 6 ändert einzelne Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) ohne zeitliche Begrenzung.

*Zu Nummer 1*

**Zu Buchstabe a**

Die Schiedsstellen-Regelung wird aus redaktionellen Gründen in den neuen § 15 Abs. 4 verlagert (vgl. Nummer 4 Buchstabe b).

**Zu Buchstabe b**

Die Ausnahmenvorschrift nach § 6 Abs. 3 Satz 3 BPfIV, nach der bei BAT-Tarifabschlüssen oberhalb der sogenannten Grundlohn-Rate die übersteigende Kostenbelastung zu 50 vom Hundert zusätzlich finanziert wird, bezog sich bisher nur auf lineare Erhöhungen des Vergütungstarifvertrags. Diese Regelung hat die Tarifvertragsparteien bei der freien Wahl der Vergütungselemente behindert. Da künftig mit größeren Veränderungen auch der Tarifstruktur zu rechnen ist, wird die Vorschrift so verändert, daß alle Tarifänderungen berücksichtigt werden, also auch Einmalzahlungen und strukturelle Veränderungen. Abweichend von der bisherigen Vorgabe wird die vereinbarte lineare Erhöhung nicht mehr für das ganze Jahr vorgegeben, sondern es ist die durchschnittliche Mehrbelastung der Krankenhäuser im jeweiligen Kalenderjahr auf Grund der verschiedenen Vereinbarungstatbestände zu ermitteln. Da die Tarifvereinbarungen die einzelnen Krankenhäuser durchaus unterschiedlich belasten können, ist eine durchschnittliche Rate für das Bundesgebiet zu ermitteln. Die Einbeziehung der verschiedenen Tatbestände der Tarifvereinbarungen erschweren die Berechnung der BAT-Rate erheblich. Deshalb werden die Spitzenverbände auf der Bundesebene beauftragt, eine entsprechende durchschnittliche Berichtigungsrate zu vereinbaren. Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene (Nummer 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc in Verbindung mit Buchstabe b).

*Zu den Nummern 2 und 3*

Auf Grund der Begrenzung der Erlöszuwächse im Krankenhausbereich (vgl. Artikel 7) und einer Bitte der Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser wird das Erlösabzugsverfahren für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 12 Abs. 2 BPfIV um zwei Jahre verlängert. Hierdurch wird der Selbstverwaltung zusätzlich Zeit zur Neuvereinbarung der Entgelthöhen gegeben. Außerdem entfallen zusätzliche Anreize zur Ausweitung der Leistungsmengen.

*Zu Nummer 4*

**Zu Buchstabe a**

Bereits mit Nummer 1 Buchstabe b wurde der Auftrag an die Selbstverwaltung auf der Bundesebene gegeben, die Differenzrate zwischen Grundlohn-Rate und den Auswirkungen von BAT-Tariferhöhungen zu ermitteln. Dieser Auftrag wird aus redaktionellen Gründen auch in

den § 15 Abs. 1 (Vereinbarung auf Bundesebene) aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 29. Dezember 1992 wurde das sogenannte Selbstkosten-Deckungsprinzip für den Krankenhausbereich aufgegeben und durch das Prinzip der Verhandlung „medizinisch leistungsgerechter“ Budgets und Pflegesätze ersetzt. Eine leistungsorientierte Verhandlung setzt Informationen über das Leistungsgeschehen im einzelnen Krankenhaus sowie den Vergleich von Krankenhäusern voraus. Obwohl die benötigten Informationen in den Krankenhäusern vorliegen und entsprechende Vorgaben nach § 15 Abs. 2 BPfIV bestehen, konnten sich die Vertragspartner der Selbstverwaltung auf der Bundesebene bisher nicht auf Verfahren zur maschinellen Datenübermittlung einigen. Mit Buchstabe b wird für den Fall der Nichteinigung eine Entscheidung der Schiedsstelle auf Bundesebene nach § 18 a Abs. 6 KHG bestimmt. Für die Fälle des § 15 Abs. 1 Nr. 1 und 2 werden lediglich bestehende Schiedsstellenregelungen hier redaktionell zusammengefaßt. Für die der Selbstverwaltung mit Nummer 1 Buchstabe b in Verbindung mit Nummer 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 15 Abs. 1 Nr. 3) neu übertragene Aufgabe der Schätzung der BAT-Berichtigungs-Rate wird eine Schiedsstellenentscheidung neu vorgegeben.

**Zu Artikel 7** (Gesetz zur Begrenzung der Erlöse für stationäre Krankenhausleistungen im Jahr 1999)

Artikel 7 begrenzt grundsätzlich den Erlöszuwachs der einzelnen Krankenhäuser auf die Zuwachsrate bei den Krankenkasseneinnahmen. Die Vorschriften dieses Gesetzes haben Vorrang vor entgegenstehenden Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung. Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (Krankenhausinvestitionsprogramm für die neuen Länder) bleibt unberührt; der Zuschlag von 11 DM je Berechnungstag wird nicht in die Erlösbegrenzung einbezogen. Soweit durch dieses Gesetz die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht ausgesetzt oder verändert werden, sind sie weiterhin anzuwenden. So ist z. B. weiterhin leistungsorientiert zu verhandeln, soweit dies nicht durch den neuen Gesamtbetrag nach oben hin begrenzt wird. Soweit Krankenhäuser weniger Leistungen erbringen, sind entsprechend niedrigere Budgets zu vereinbaren.

Zu § 1

Zu Absatz 1

Die Sätze 1 und 2 bestimmen, daß für das Jahr 1999 die Gesamterlöse des Krankenhauses aus den Pflegesätzen grundsätzlich nicht höher sein dürfen als der vergleichbare Erlösbetrag nach § 2 für das Jahr 1998, erhöht um die vom Bundesministerium für Gesundheit nach Artikel 18 Satz 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes bis zum 5. März 1999 bekanntgemachte Veränderungsrate

der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Veränderungsrate wird für die neuen und alten Bundesländer getrennt vorgegeben und gilt in gleicher Höhe auch für die Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich. Der Vomhundertsatz gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Festsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist als Erhöhungsbetrag für das gesamte Jahr 1999 zugrunde zu legen. Er ersetzt die von der Selbstverwaltung nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbarte Rate.

In den neuen Bundesländern werden die dort noch niedrigeren Gehälter schrittweise an das Gehaltsniveau in den alten Bundesländern herangeführt. Die auf Grund der Angleichung entstehenden Kosten müssen zusätzlich finanziert werden. Nach § 6 Abs. 1 BPfIV ist es Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser, eine entsprechende Veränderungsrate zu vereinbaren. Satz 3 bestimmt, daß diese Rate auch für das Jahr 1999 anzuwenden ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht im wesentlichen der Vorschrift des § 6 Abs. 3 Satz 3 BPfIV. Da der Personalkostenanteil der Krankenhäuser mit 67 % besonders hoch ist, können über der Grundlohnsumme liegende Tarifabschlüsse allenfalls teilweise durch Einsparungen im Sachkostenbereich aufgefangen werden. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 wurde festgelegt, daß die Differenz zwischen einer niedrigeren Grundlohnrate und höheren Gehaltserhöhungen nach dem BAT zu 50 % von den Krankenkassen finanziert wird. Die restlichen 50 % werden nicht zusätzlich finanziert und müssen von den Krankenhäusern aufgefangen werden. Den anteiligen Differenzbetrag erhalten die Krankenhäuser zeitversetzt über die Pflegesätze des folgenden Jahres. Nähere Erläuterungen zur Berechnung der maßgeblichen BAT-Rate werden zu Artikel 6 Nummer 1 Buchstabe b des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes gegeben.

Zu Absatz 3

Satz 1 stellt sicher, daß die im Krankenhausbereich erforderlichen Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre weiterhin durchgeführt werden, z. B. die anteilige Rückzahlung von im Vorjahr erzielten Mehrerlösen. Satz 2 nennt die Tatbestände, die krankenhausesindividuell zusätzlich einzurechnen sind. Dies sind insbesondere die Folgekosten auf Grund des Krankenhausplans und des Investitionsprogramms der Bundesländer, die Kosten zusätzlicher Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung sowie die bisher nur in Einzelfällen genutzte Möglichkeit zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen. Nach Satz 4 werden Leistungsveränderungen, die von den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung erstmals für das Jahr 1998 vereinbart wurden, mit ihrer ganzjährigen Kostenwirkung berücksichtigt, wenn diese in dem krankenhausesindividuellen Budget des Jahres 1998 nur für einen Teil des Jahres enthalten sind. Satz 5 stellt sicher, daß entsprechendes auch für Krankenhäuser gilt, die neu in Betrieb genommen werden und deren Budget oder Erlöse noch nicht dem vollen Betrieb entsprechen.

Satz 6 bestimmt, daß im Jahr 1999 die in § 17 Abs. 4b Satz 2 KHG in Verbindung mit § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BpflV genannten Instandhaltungskosten nicht pflegesatzfähig sind. Der Anspruch der Krankenhäuser auf Zahlung einer Instandhaltungspauschale nach § 17 Abs. 4b Satz 3 KHG in Höhe von 1,1 vom Hundert entfällt. Die Krankenkassen als Pflegesatzpartei können aber nach Satz 7 einem Krankenhaus, das im Jahr 1999 dringend notwendige Instandhaltungsmaßnahmen finanzieren muß (z. B. Brandschutzmaßnahmen), einen entsprechenden Zuschlag von höchstens 1,1 vom Hundert gewähren; diese Regelung ist nicht schiedsstellenfähig (Satz 8). Sie gilt nicht für Krankenhäuser in einem Land, das die Instandhaltungskosten für Plankrankenhäuser im Wege der Einzel- oder Pauschalförderung trägt (vgl. § 17 Abs. 4b Satz 4 KHG).

Zu Absatz 4

Würden Krankenhäuser mit niedrigen Kosten anstelle des Erlösabzugsverfahrens nach § 12 Abs. 2 BpflV für das Jahr 1999 erstmalig die Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte durchführen, würden sie zusätzliche Mittel erhalten, ohne daß sich der Leistungsumfang ändert. Das entsprechende Wahlrecht wird deshalb ausgesetzt. Dagegen bleibt es bei dem Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung zur Ausgliederung der Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, aus dem Budget.

Zu § 2

Ausgangspunkt für die Ermittlung der im Jahr 1999 höchstens zulässigen Erlössumme für das einzelne Krankenhaus ist der Betrag, der für das Jahr 1998 prospektiv mit den Krankenkassen vereinbart wurde. § 2 legt – ausgehend von der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, die Verhandlungsunterlage für die Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen ist – die maßgebliche Erlössumme für das Jahr 1998 fest. Satz 4 bestimmt entsprechend dem geltenden Pflegesatzrecht, daß die im Einzelfall sehr hohen Kosten und Erlöse für die Behandlung von Blutern nicht unter die Erlösbegrenzung fallen. Er schreibt außerdem vor, daß Budgeterhöhungen im Jahr 1998 auf Grund von außerordentlichen Finanzierungstatbeständen von der Summe abgezogen werden, soweit der Ausnahmetatbestand nicht mehr gegeben ist.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Zusätzlich zu den Ausgleichsvorschriften der Bundespflegesatzverordnung wird bestimmt, daß Erlöse vollständig zurückzuzahlen sind, soweit sie nach Durchführung der Ausgleichsleistungen für das Jahr 1999 vereinbarten Gesamtbetrag übersteigen. Von dieser Rückzahlungspflicht ausgenommen werden nur Mehrerlöse für die Behandlung von Blutern und 50 % der Mehrerlöse aus Organ- und Knochenmark-Transplantationen. Die Re-

gelung entspricht weitgehend der des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht den üblichen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung, nach denen die Verrechnung zurückzuzahlender Beträge zeitversetzt über die Pflegesätze des folgenden Pflegesatzzeitraums erfolgt.

**Zu Artikel 8** (Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin)

Es besteht gesundheitspolitisch Konsens darüber, daß zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung gefördert werden muß. Deshalb hat eine Arbeitsgruppe, in der die Bundesländer, die Ärzte, die Krankenhäuser und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene vertreten waren, ein „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ erarbeitet. Dieses auf 5 Jahre angelegte und ab 1. Januar 1999 umzusetzende Initiativprogramm enthält neben Vorschlägen zu langfristigen strukturellen Änderungen der hausärztlichen Versorgung die Verpflichtung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich.

Die Vorschrift regelt die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen in den ersten zwei Jahren. Der hierbei für diesen Zeitraum zugrunde gelegte Bedarf von maximal 6 000 zusätzlichen Stellen ergibt sich aus der Bedarfsberechnung des Initiativprogramms für die ersten zwei Jahre, das von jeweils maximal 1500 Stellen im ambulanten und stationären Bereich pro Jahr ausgeht. In dieser Startphase haben sich die Krankenkassen in Höhe von bis zu monatlich 2 000 DM an den Kosten jeder in diesem Zeitraum besetzten, eigenständigen Weiterbildungsstelle zu beteiligen, d.h. es muß sich um eine Stelle handeln, die für die Weiterbildung von Ärzten zum Facharzt für Allgemeinmedizin ausgewiesen und für diesen Zweck reserviert ist. Im ambulanten Bereich besteht diese Verpflichtung allerdings nur dann, wenn die Weiterbildungsstellen in mindestens gleicher Höhe von den Kassenärztlichen Vereinigungen mitfinanziert werden, deren finanzielle Verantwortung nach § 75 Abs. 8 und § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V unberührt bleibt. Die Krankenhäuser – es wird sich vornehmlich um solche der Grund- und Regelversorgung handeln – schaffen diese für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner reservierten Stellen in der Regel dadurch, daß sie bereits bestehende Stellen – Assistenten- oder AIP-Stellen – für diesen Zweck umwidmen. Der Gesetzgeber erwartet, daß sich die private Krankenversicherung „entsprechend ihrem Marktanteil“ an der Mitfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt, da ihr die mit der Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung angestrebten Effizienzsteigerung der ambulanten ärztlichen Versorgung ebenfalls zugute kommt.

Zur Umsetzung dieser Mitfinanzierungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in den ersten beiden Startjahren 1999 und 2000 schließen die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zweiseitige Verträge mit der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft; diese Verträge sind nach § 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V für die Kassenärztlichen Vereinigungen und nach § 210 Abs. 2 SGB V für die einzelnen Krankenkassen verbindlich. Die Vertragspartner haben wegen der finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung das Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu suchen.

Die finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung beläuft sich auf maximal 216 Mio. DM.

**Zu 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)

*Zu Nummer 1*

Zu Buchstabe a

Das für 1998 nach Artikel 11 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze definierte Vergütungsvolumen für psychotherapeutische Leistungen wird entsprechend der Vorgaben des Artikels 14 Abs. 1 erhöht.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung der Streichung des § 13 Abs. 2 SGB V. Sie stellt sicher, daß die Anrechnung der Kostenerstattung auf das Ausgabenvolumen nach Satz 1 auf den Betrag begrenzt wird, den die Krankenkasse nach bisher geltendem Recht an den Versicherten bei Inanspruchnahme der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Satz 3 SGB V zu erstatten hatte.

*Zu Nummer 2*

Folgeänderung zur Aufhebung der Zuzahlungspflicht zu psychotherapeutischer Behandlung.

**Zu Artikel 10** (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Auf Grund der Streichung des § 17 ist die Verpflichtung, an einem Einführungslehrgang teilzunehmen, keine Zulassungsvoraussetzung mehr.

Der Grund für diese Streichung ist, daß nach den einschlägigen EG-Richtlinien für die Niederlassung eines Arztes oder eines Zahnarztes, der über ein Diplom verfügt, das ihn in dem Mitgliedstaat, dessen Staatsangehöriger er ist, zur Berufsausübung zuläßt, keine zusätzlichen Anforderungen gestellt werden dürfen.

Wegen der Unvereinbarkeit von § 17 Zulassungsverordnung für Zahnärzte mit der Richtlinie 78/686 EWG ist unter dem Aktenzeichen A/87/0 434 – Nr. SG (92) D/12646 ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland anhängig. Im Rahmen

dieses Vertragsverletzungsverfahrens hat die Bundesregierung bereits am 5. April 1991 ihre Absicht bekundet, bei nächster Gelegenheit diese Regelung in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte dahin gehend zu ändern, daß die Teilnahme an dem Einführungslehrgang von Ärzten und Zahnärzten aus EU-Mitgliedstaaten nicht mehr gefordert wird. Dies wird mit der Streichung des § 17 erreicht, außerdem wird hiermit eine Ungleichbehandlung deutscher Ärzte/Zahnärzte mit EU-Angehörigen vermieden. Da die Bundesregierung diese Zusage bisher nicht einhalten konnte, hat die Europäische Kommission am 10. Juli 1998 Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland beim Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften eingereicht.

Allerdings sind die Kassenärztlichen Vereinigungen wie bisher weiterhin nach § 81 Abs. 4 SGB V verpflichtet, in ihren Satzungen Regelungen über die obligatorische Teilnahme der Ärzte an Fortbildungsveranstaltungen vorzusehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten dieses Instrument stärker als bisher dazu nutzen, neu zugelassene Vertragsärzte intensiver und effektiver als bisher über die im SGB V und in den zahlreichen ergänzenden Vorschriften in Richtlinien und Verträgen mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen zu informieren.

Die übrigen Streichungen sind Folgeänderungen.

**Zu Artikel 11** (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Auf Grund der Streichung des § 17 ist die Verpflichtung, an einem Einführungslehrgang teilzunehmen, keine Zulassungsvoraussetzung mehr.

Der Grund für diese Streichung ist, daß nach den einschlägigen EG-Richtlinien für die Niederlassung eines Arztes oder eines Zahnarztes, der über ein Diplom verfügt, das ihn in dem Mitgliedstaat, dessen Staatsangehöriger er ist, zur Berufsausübung zuläßt, keine zusätzlichen Anforderungen gestellt werden dürfen.

Wegen der Unvereinbarkeit von § 17 Zulassungsverordnung für Zahnärzte mit der Richtlinie 78/686 EWG ist unter dem Aktenzeichen A/87/0 434 – Nr. SG (92) D/12646 ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland anhängig. Im Rahmen dieses Vertragsverletzungsverfahrens hat die Bundesregierung bereits am 5. April 1991 ihre Absicht bekundet, bei nächster Gelegenheit diese Regelung in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte dahin gehend zu ändern, daß die Teilnahme an dem Einführungslehrgang von Ärzten und Zahnärzten aus EU-Mitgliedstaaten nicht mehr gefordert wird. Dies wird mit der Streichung des § 17 erreicht, außerdem wird hiermit eine Ungleichbehandlung deutscher Ärzte/Zahnärzte mit EU-Angehörigen vermieden. Da die Bundesregierung diese Zusage bisher nicht einhalten konnte, hat die Europäische Kommission am 10. Juli 1998 Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland beim Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften eingereicht.

Allerdings sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wie bisher weiterhin nach § 81 Abs. 4 SGB V verpflichtet,

tet, in ihren Satzungen Regelungen über die obligatorische Teilnahme der Zahnärzte an Fortbildungsveranstaltungen vorzusehen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollten dieses Instrument stärker als bisher dazu nutzen, neu zugelassene Vertragszahnärzte intensiver und effektiver als bisher über die im SGB V und in den zahlreichen ergänzenden Vorschriften in Richtlinien und Verträgen mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen zu informieren.

Die übrigen Streichungen sind Folgeänderungen.

#### **Zu Artikel 12** (Aufsicht zur Budgetierung 1999)

Die Überprüfung der Vergütungsvereinbarungen und der getroffenen Schiedsamtentscheidungen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden dient dazu, die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen der Krankenkassen im Jahr 1999 abzusichern. Verletzen die vorgelegten Verträge oder die Schiedsamtentscheidungen geltendes Recht, sind sie von der Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Die Beanstandung bewirkt, daß die Verträge und Schiedsamtentscheidungen keine Geltung erlangen.

Absatz 3 sichert die Umsetzung der Budgetierungsregelungen für das Jahr 1999 im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung.

#### **Zu Artikel 13** (Ausgabenbegrenzung bei Strukturverträgen)

Die Vorschrift stellt klar, daß auch bei Strukturverträgen die Vorgaben des Artikels 14 dieses Gesetzes beachtet werden.

#### **Zu Artikel 14** (Gesamtvergütung der Vertragsärzte im Jahr 1999)

##### *Zu Absatz 1*

Für das Jahr 1999 wird die Zuwachsrate der Gesamtvergütungen der Ärzte an die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung je Mitglied gebunden, d. h. die nach den geltenden gesetzlichen Regelungen unter bestimmten Bedingungen mögliche Vereinbarung von Vergütungszuwächsen, die den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied übersteigen (z.B. bei überproportional stark steigenden Praxiskosten oder bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 141 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) wird ausgeschlossen. Damit wird gewährleistet, daß von der Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung keine beitragsatzsteigernden Effekte ausgehen.

##### *Zu Absatz 2*

Durch das am 1. Januar 1999 in Kraft tretende Gesetz über die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze werden die nach diesem Gesetz approbierten nichtärztlichen Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Soweit die Vergütung

dieser Leistungserbringer durch die Krankenkassen im Jahr 1996 auf der Grundlage eines Kostenerstattungsverfahrens erfolgt ist, bestimmt das genannte Gesetz in Artikel 11 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und Satz 3 den Betrag, um den die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 1999 zu erhöhen ist. Dabei werden die von den Versicherten an die nichtärztlichen Psychotherapeuten geleisteten Zuzahlungen mit einem Erhöhungssatz von 20 vom Hundert berücksichtigt.

##### *Zu Absatz 3*

Satz 2 stellt die Regelung des Artikels 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 im Hinblick auf die Ausgestaltung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung klar.

##### *Zu Absatz 4*

Die vertragsärztlichen Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung sowie Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit werden im Jahr 1999 außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. Es wird davon ausgegangen, daß die Vertragspartner mengenbegrenzende Regelungen im Rahmen des § 85 Abs. 4 (Honorarverteilungsmaßstab) und § 87 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit sie Präventionsleistungen betreffen, im Jahr 1999 entsprechend anpassen.

##### *Zu Absatz 5*

Durch die Regelung wird klargestellt, daß die Vorgaben des Absatzes 1 auch für Vereinbarungen gelten, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen wurden und deren Laufzeit sich in das Jahr 1999 erstreckt.

##### *Zu Absatz 6*

Die Preissteigerungen für nichtärztliche Dialyseleistungen dürfen die Steigerungsrate nach Absatz 1 im Jahr 1999 nicht überschreiten.

#### **Zu Artikel 15** (Budget- und Preisregelung vertragszahnärztlicher Versorgung im Jahr 1999)

##### *Zu Absatz 1*

Um die Voraussetzungen zur Durchführung einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2000 zu schaffen, die die Beiträge der Krankenkassen dauerhaft stabilisiert, ist auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine vorläufige Ausgabenbegrenzung erforderlich. Im Jahr 1999 dürfen deshalb die von den Vertragspartnern der Gesamtverträge zu vereinbarenden Gesamtvergütungen die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen des Jahres 1997 nicht überschreiten. Die Gesamtvergütung als die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen umfaßt dabei auch die Versorgung mit Zahnersatz und kie-

ferorthopädischen Leistungen, die gemäß Artikel 1 Nr. 2 (§ 29) und 3 (§ 30) als Sachleistungen über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abzurechnen sind. Leistungen, die im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abgerechnet worden sind, werden aus Gründen der Praktikabilität bei der Ermittlung der Gesamtheit der im Jahr 1997 abgerechneten Vergütungen nicht berücksichtigt. Da mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ab dem 1. Juli 1997 der Abrechnungsweg für kieferorthopädische Leistungen geändert wurde, konnte die Abrechnung der Vergütungen im zweiten Halbjahr nicht mehr über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erfolgen. Dies hat zur Folge, daß für das zweite Halbjahr 1997 keine auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bezogenen Abrechnungsdaten für kieferorthopädische Leistungen vorliegen. Deshalb sind bei der Ermittlung des Vergütungsvolumens für kieferorthopädische Leistungen des Jahres 1997 die im ersten Halbjahr 1997 über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen zu verdoppeln. Der verdoppelte Wert entspricht nahezu den tatsächlichen Ist-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für diesen Leistungsbereich im Jahr 1997.

Das Jahr 1997 wird als Basisjahr für die Budgetregelung zugrunde gelegt, weil es sich um das letzte unverzerrte, zeitnahe Jahr handelt, das ein umfassendes und bedarfsgerechtes Leistungsniveau für die gesamte medizinisch notwendige vertragszahnärztliche Versorgung widerspiegelt. Das Jahr 1998 scheidet aufgrund medizinisch nicht begründbarer Leistungseinbrüche bei der Versorgung mit Zahnersatz aus, die mit den vielfältigen Rechtsunsicherheiten im Zusammenhang mit der Einführung des Festzuschußkonzepts verbunden waren.

Mit der Regelung in Satz 2, daß die Vertragspartner die am 31. Dezember 1997 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen) und Kieferorthopädie nicht überschreiten dürfen, wird den Vertragspartnern die Umsetzung der Vorschrift zur Ausgabenbegrenzung für 1999 erleichtert.

#### *Zu Absatz 2*

Die Vorschrift regelt, daß die Krankenkassen bei den gemäß § 88 Abs. 2 und 3 SGB V zu vereinbarenden Preisen für zahntechnische Leistungen im Jahr 1999 höchstens Preisveränderungen in Höhe der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1998 vereinbaren können. Ausgangsgrundlage hierfür sind die vor der Freigabe der Preise durch das Festzuschußkonzept am 31. Dezember 1997 geltenden zahntechnischen Preise. Vor dem Hintergrund des hohen zahntechnischen Preisniveaus in Deutschland und der Tatsache teilweise stark angestiegener Preise nach der Preisfreigabe, dürfen die Krankenkassen höchstens Erhöhungen in Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1998 vereinbaren. Eine darüber hinausgehende Möglichkeit zur Preisanhebung für 1999 wäre angesichts der zu erwartenden Normalisierung der Nachfrage nach zahntechnischen Leistungen nicht angemessen.

#### **Zu Artikel 16** (Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für 1999)

Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz ist eine Verpflichtung der Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte eingeführt worden, die Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets durch Verträge über Richtgrößen für Arznei-, Verband- und Heilmittel abzulösen. Diese Verpflichtung wird durch dieses Gesetz aufgehoben (siehe Artikel 1 Nr. 12 zu § 84 Abs. 3 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch); in den Vertragsregionen, in denen noch keine budgetablösenden Richtgrößenvereinbarungen getroffen worden sind – das ist in 18 von insgesamt 23 Regionen der Fall –, sollen Budgets weiter gelten; in den übrigen Regionen sollen im Jahr 1999 Budgets wieder eingeführt werden. Die Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes haben gezeigt, daß eine kurzfristig wirksame Festsetzung der Budgets nur im Wege einer gesetzlichen Regelung sichergestellt werden kann. Aus diesem Grund und um eine möglichst weitgehende Gleichbehandlung der Vertragsregionen zu erreichen, wird für alle Regionen das Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget für 1999 gesetzlich definiert. Das geschieht in der Weise, daß die Budgets des Jahres vor Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, d.h. des Jahres 1996, um die finanziellen Auswirkungen der Zuzahlungserhöhungen bereinigt und als Ausgangsbudgets für 1999 zugrunde gelegt werden. Diese Ausgangsbudgets können durch vertragliche Vereinbarungen gemäß § 84 Abs. 1 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch nach Maßgabe der in § 84 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch genannten Parameter verändert werden. Diese Parameter sind im Gesetz abschließend aufgeführt, d.h. weitere Faktoren können bei Budgetvereinbarungen nicht zugrunde gelegt werden.

Um sicherzustellen, daß Vereinbarungen zur Veränderung der gesetzlich vorgegebenen Budgets ggf. zeitnah zustande kommen, wird eine Frist vorgegeben, innerhalb derer die Vertragspartner entsprechende Vereinbarungen treffen oder, im Falle der Nichteinigung, das Schiedsamt anrufen können.

Der in diesem Artikel genannte Vomhundertsatz, der auf die Budgets des Jahres 1996 anzuwenden ist, ergibt sich aus dem bis 1999 berechneten Anstieg der Eigenbeteiligung bei Arzneimitteln um 1,5 Mrd. DM und bei Heilmitteln um 250 Mio. DM (zusammen 1,75 Mrd. DM) in Relation zu den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1996 für Arznei-, Verband- und Heilmittel in Höhe von 38,96 Mrd. DM.

Die aus Budgetüberschreitungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetreten sind, entstandenen Ausgleichsverpflichtungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entfallen, um die Funktionsfähigkeit der Budgetierung als Steuerungsinstrument für die Zukunft sicherzustellen.

**Zu Artikel 17** (Festsetzung des Vertragsinhalts durch das Schiedsamt)

Die Regelung ist – im Hinblick auf Erfahrungen der vergangenen Jahre – erforderlich, um sicherzustellen, daß die neu vorgesehenen Vereinbarungen zeitnah abgeschlossen werden bzw. noch anstehende Vereinbarungen nachgeholt werden.

**Zu Artikel 18** (Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen)

Die Feststellung und Bekanntgabe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen für 1998 durch das Bundesministerium für Gesundheit dient als Orientierungsgröße für die Veränderungsmöglichkeiten der Ausgaben bzw. Preise in zentralen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1999. Grundlage sind die von den Krankenkassen mit dem Statistik-Vordruck KV 45 gemeldeten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse für die Jahre 1997 und 1998.

Auf diese Weise wird eine zeitnahe Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenversicherung einschließlich der Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner des Jahres 1998 ausgerichtete Orientierungsgröße für mögliche Ausgabenveränderungen im Jahr 1999 bis 5. März 1999 ermöglicht.

**Zu Artikel 19** (Sonderkündigungsrecht)

Den betroffenen Versicherten soll die Möglichkeit eröffnet werden, einen evtl. bestehenden Vertrag über eine Zusatzversicherung zur ganz oder teilweisen Abdeckung der Differenz zwischen Kassenanteil und Arztrechnung kurzfristig zu beenden. Entsprechendes gilt für Zusatzversicherungen, die für die Übernahme von Zahnersatzkosten für nach 1978 Geborene abgeschlossen wurden.

**Zu Artikel 20** (Übergangsregelung)*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift soll kurzfristige Brüche und Wechsel in den Rechtsgrundlagen der ärztlichen Behandlung, der zahnärztlichen Behandlung (diese jedoch ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie) sowie der Krankenhausbehandlung vermeiden. Sie ermöglicht es daher, daß vor Inkrafttreten der Neuregelung im Verfahren der Kostenerstattung begonnene Behandlungen in diesem Verfahren fortgesetzt und abgeschlossen werden, dies allerdings nur bis zum Ablauf einer Übergangsfrist von einem Vierteljahr. Danach ist dann nur noch eine Behandlung im Rahmen des Sachleistungsprinzips möglich. Die Übergangsregelung wurde auf die ärztliche/zahnärztliche Behandlung sowie die Krankenhausbehandlung beschränkt, da sich nur insofern Probleme im Übergang von der Abrechnung nach GOÄ/GOZ auf die Abrechnung im Sachleistungssystem bei einer fortgesetzten Behandlung ergeben können.

Nur Leistungen, die vor dem 31. März 1999 erbracht werden, können abgerechnet werden. Allerdings kann die Kostenerstattung für diese Leistungen auch noch

nach dem 31. März 1999 durchgeführt werden. Spätere Leistungen werden ausschließlich im Rahmen des Sachleistungsprinzips erbracht.

*Zu Absatz 2*

Bis zum 31. Dezember 1998 konnten Krankenkassen in ihrer Satzung für Versicherte, die sich dafür entscheiden, einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen, einen Selbstbehalt mit Beitragsermäßigungen vorsehen. Voraussetzung dafür war, daß diese Versicherten Kostenerstattung nach § 13 SGB V in Anspruch nahmen. Da letzteres ab dem 1. Januar 1999 nur noch für freiwillig Versicherte möglich ist, können Regelungen über Selbstbehalte, die auch von Pflichtversicherten in Anspruch genommen werden konnten, keine Anwendung mehr finden. Die Regelung dient der Rechtsklarheit und führt insoweit zur Gleichbehandlung aller Versicherten vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an. Sie ist auch zumutbar, weil davon ausgegangen werden kann, daß in nur sehr geringem Umfang von dieser Gestaltungsleistung Gebrauch gemacht worden ist.

Satzungsregelungen über Beitragsrückzahlung, Zuzahlungen oder allein von den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse zu finanzierenden erweiterten Leistungen setzen keine Inanspruchnahme von Kostenerstattung voraus und sind in ihrer Anwendbarkeit davon nicht abhängig. Aus Gründen des Vertrauensschutzes für Mitglieder und der Notwendigkeit, den Krankenkassen, die ihre Satzung entsprechend geändert hatten, ausreichend Zeit zu geben, sich auf das neue Recht einzustellen, dürfen sie noch längstens bis Ende 1999 weitergelten.

*Zu Absatz 3*

Diese Vorschrift setzt mit der Einführung der Sachleistung den einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnersatz und das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen in der am 31. Dezember 1997 geltenden Fassung wieder in Kraft.

*Zu Absatz 4*

Die Übergangsregelung stellt sicher, daß die vor dem 1. Januar 1999 begonnenen zahnprothetischen Behandlungen nach dem bisher geltenden Recht abgewickelt werden. Bei kieferorthopädischen Leistungen, die im Durchschnitt drei bis vier Jahre dauern, sieht die Regelung vor, daß laufende Behandlungsfälle mit Inkrafttreten des neuen Rechts als Sachleistung zu erbringen und entsprechend abzurechnen sind.

**Zu Artikel 21** (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ermöglicht, künftige Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, der Bundespflegegesetzverordnung sowie der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte einheitlich im Verordnungswege auch für Teile durchzuführen, die durch dieses Gesetz geändert wurden.

**Zu Artikel 22 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)***Zu Absatz 1*

Das rückwirkende Inkrafttreten ist erforderlich, damit die für das Jahr 1998 von einigen Versicherten bereits gezahlten Zusatzbeiträge (Notopfer Krankenhaus) zurückgezahlt werden und dadurch eine Gleichbehandlung mit denjenigen, von denen der Zusatzbeitrag nicht mehr erhoben worden ist, gewährleistet wird.

*Zu Absatz 2*

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzentwurfs im übrigen.

**C. Finanzielle Auswirkungen**

Die Regelungen dieses Gesetzentwurfs führen unter Berücksichtigung der Regelungen der gleichzeitig von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geplanten gesetzlichen Regelungen zum Einstieg in die ökologische Steuer- und Abgabenreform, zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte, zu einer Stabilisierung des Beitragssatzniveaus und einer Ausgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit der Rücknahme von Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen verbundene finanzielle Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen werden durch Mehreinnahmen, die aus der Korrektur des Rentenreformgesetzes 1999 und durch die Regelungen dieses Gesetzes ermöglichten Absenkung von Arzneimittelfestbeträgen resultieren, ausgeglichen. Die Begrenzung der Ausgaben in zentralen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1999 stellt bis zum Inkrafttreten einer wirksamen Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 sicher, daß es nicht zu einer überproportionalen Ausgabensteigerung und damit verbundenen Beitragssatzerhöhungen bei den Krankenkassen kommt.

Im einzelnen ergeben sich aus den Regelungen dieses Gesetzes für die gesetzliche Krankenversicherung bezogen auf das Jahr 1999 folgende Mehrausgaben und Mindereinnahmen

- Reduzierung der Arzneimittelzuzahlung  
ca. 870 Mio. DM
- Verbesserung der Härtefallregelung für chronisch Kranke  
ca. 50 bis 100 Mio. DM
- Wiedereinführung der Zahnersatzleistungen für Kinder und Jugendliche  
ca. 175 Mio. DM

- Aussetzung des Krankenhausnotopfers  
ca. 730 Mio. DM
- Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin  
max. 72 Mio. DM

Die Aussetzung des Krankenhausnotopfers belastet die gesetzliche Krankenversicherung in entsprechender Größenordnung auch für das Jahr 1998. Aus der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ergeben sich im Rahmen dieses Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben im Jahr 2000 von bis zu 144 Mio. DM.

Entlastungen von einer Größenordnung von ca. 900 Mio. DM ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung aus einer Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel.

Weitere Entlastungen der Krankenkassen ergeben sich ab 1999 aus Maßnahmen der geplanten gesetzlichen Regelungen zum Einstieg in die ökologische Steuer- und Abgabenreform, zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte. Die Einführung einer Versicherungspflicht für geringfügige Beschäftigung führt in der gesetzlichen Krankenversicherung in 1999 – unter Berücksichtigung von Abschlägen wegen Ausweichreaktionen und der Anlaufphase – zu geschätzten Mehreinnahmen von ca. 1,3 bis 1,4 Mrd. DM. Die Aussetzung des Demographiefaktors in der Rentenversicherung führt aufgrund einer gegenüber dem geltenden Recht höheren Rentensteigerung zum 1. Juli 1999 zu geschätzten Mehreinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 120 Mio. DM. Mehreinnahmen in nicht quantifizierbarem Umfang ergeben sich für die GKV aus der vorgesehenen Wiedereinführung der vollen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Bei Berücksichtigung der für die gesetzliche Krankenversicherung in 1999 wirksamen Be- und Entlastung ist bei gleichzeitigen durch dieses Gesetz vorgegebenen Ausgabenbegrenzungen zentraler Leistungsbereiche eine belastungsneutrale Auswirkung auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt.

Mehrkosten für Bund, Länder und Gemeinden sind mit diesem Gesetz nicht verbunden.

**D. Preiswirkungsklausel**

Das Gesetz begrenzt die Ausgabenentwicklung und stabilisiert das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Unmittelbare Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

