

11.03.77

**Stellungnahme**

des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgaben-  
entwicklung und zur Strukturverbesserung in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)

Der Bundesrat hat in seiner 443. Sitzung am 11. März 1977  
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen,  
zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung  
zu nehmen.

Anlage

Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)

1. Der Bundesrat nimmt die Vorschläge der Bundesregierung zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen zur Kenntnis. Er ist der Auffassung, daß das bewährte System unseres Gesundheitswesens auf Dauer nur gesichert werden kann, wenn der Kostenanstieg im Gesundheitswesen in gesamtwirtschaftlich vertretbarem Rahmen gehalten wird. Er begrüßt es deshalb, daß die Selbstverwaltung in der Vergangenheit bereits mit Erfolg entsprechende Maßnahmen ergriffen hat.

Nach Auffassung des Bundesrates ist die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen in einer Weise zu begrenzen, die den hohen Standard der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nicht beeinträchtigt und gleichzeitig der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler Rechnung trägt. Dieses Ziel erfordert eine gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten. Ihrer Bereitschaft zum Zusammenwirken darf nicht entgegengewirkt, sie muß vielmehr gefördert werden. Kein Beteiligter darf aus seiner

Verantwortung entlassen werden. Zum Mittel der Reglementierung durch gesetzliche Vorschriften darf erst gegriffen werden, wenn die Möglichkeit einer eigenverantwortlichen Lösung nicht zum Ziele führt.

Diesen Anforderungen wird die Konzeption der Bundesregierung in wesentlichen Teilen des Gesetzentwurfs nicht gerecht. Das im Vorblatt genannte Ziel des Entwurfs, "die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten", wird in vielen Bereichen nicht erreicht. Einige Maßnahmen werden vielmehr mit Sicherheit zu weiteren Kostensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu einer nicht unbedeutenden Anhebung der Beitragssätze führen.

Die Vorschriften über die Beteiligung der Krankenhausträger an den Investitionskosten und die Vereinbarung der Pflegesätze führen lediglich zu einer Kostenverlagerung. Dadurch werden in ganz besonderem Maße die Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser belastet, die nicht in der Lage sind, diese zusätzlichen Belastungen aufzufangen. Die Existenzgefährdung der freigemeinnützigen Krankenhäuser kann zu einer Versorgungslücke führen, in die dann vor allem kommunale Krankenhausträger einspringen müssen.

Mit den vorgesehenen Regelungen über die Begrenzung der Vergütung für Ärzte und der Ausgaben für Arzneimittel sowie über die bundesweiten Richtwerte für die Pflegesätze verlagert die Bundesregierung die Verantwortung allein auf die Krankenkassen auf der einen und auf Ärzte sowie Krankenhausträger auf der anderen Seite und zwingt diese in einen gesetzlich vorgegebenen Mechanismus. Damit wird ein Dauerkonflikt gesetzlich vorprogrammiert und wahrscheinlich irreversibel festgeschrieben, ohne daß die Möglichkeiten für freiwillige Lösungen ausgeschöpft worden

wären, die in der Vergangenheit mit der sogenannten Empfehlungsvereinbarung der Ärzte und Krankenkassen zu einem weithin anerkannten Erfolg geführt hat. Sich selbst entläßt die Bundesregierung aus der Verantwortung und bezieht auch andere Beteiligte wie zum Beispiel die pharmazeutische Industrie, die Länder, Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht ein.

Der Bundesrat ist daher der Auffassung, daß der nächste Schritt eine "konzertierte Aktion" aller derjenigen sein muß, denen Verantwortung für das Gesundheitswesen zukommt. In die "konzertierte Aktion" sollen die gesetzlichen Krankenkassen, Ersatzkassen, Ärzte, Zahnärzte, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Apotheker, pharmazeutische Industrie, Sozialpartner, Länder sowie als Vertreter der Bundesregierung die Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, für Jugend, Familie und Gesundheit sowie für Wirtschaft einbezogen werden. Ihre Aufgabe sollte es sein, gemeinsam die Lösungen zu entwickeln und für ihre Verwirklichung einzutreten, die erforderlich sind, damit jeder Bürger die bestmögliche medizinische Versorgung zu tragbaren Preisen erhält. Dabei soll die konzertierte Aktion auch Rahmen- und Orientierungsdaten entwickeln, die den wirtschaftlichen Gegebenheiten Rechnung tragen und sicherstellen, daß die Rationalisierung im Gesundheitswesen gefördert wird und deren Erfolge den Versicherten zugute kommen. Wenn wider Erwarten dieser Weg nicht zum Erfolg führt, müßten auch nach Auffassung des Bundesrates entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden. Der Bundesrat bittet daher die Bundesregierung, bis zum 30. Juni 1979 über die Ergebnisse und Erfahrungen zu berichten, die mit der "konzertierten Aktion" erzielt worden sind, insbesondere darüber, inwieweit die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Einklang mit der Einkommensentwicklung der Versicherten gebracht werden konnte, und gegebenenfalls Vorschläge für die dann zu treffenden Maßnahmen vorzulegen.

Im übrigen nimmt der Bundesrat wie folgt Stellung:

2. Zu Art. 1 § 1 Nr. 1 Buchst. a (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO) und Art. 1 § 1 Nr. 23 Buchst. a (§ 315a Abs. 1 Satz 1 nach Buchst. a)

a) In § 1 Nr. 1 Buchst. a ist in § 165 Abs. 1 Nr. 3 nach Buchst. a folgender neuer Buchstabe a1 einzufügen:

"a1) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zum Beginn der Rente mehr als die Hälfte der Zeit bei einem Träger der Krankenversicherung versichert waren oder".

b) In § 1 Nr. 23 Buchst. a ist in § 315a Abs. 1 Satz 1 nach Buchst. a folgender neuer Buchstabe a1 einzufügen:

"a1) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zum Beginn der Rente mehr als die Hälfte der Zeit bei einem Träger der Krankenversicherung versichert waren oder".

Begründung zu a und b:

Die Anbindung der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an bestimmte Vorversicherungszeiten erscheint - bei Zurückstellung gewisser Bedenken - grundsätzlich vertretbar.

Die nunmehr vorgesehene Vorversicherungszeit von 20 Jahren erscheint jedoch zu weitgehend und läßt zahlreiche Härtefälle erwarten.

Die Regelung sollte dadurch sozial angemessener ausgestaltet werden, daß die Vorversicherungszeit auch dann als erfüllt gilt, wenn der Betreffende oder seine Bezugsperson mindestens die Hälfte seines (ihres) Erwerbslebens bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

Dieser Gedanke war im Referentenentwurf in der nunmehr überflüssig gewordenen Vorschrift über die Beitragsfreiheit in der KVdR (§ 381 Abs. 2a) enthalten.

Im übrigen Folgeänderung.

3. Zu Art. 1 § 1 Nr. 3 Buchst. a (§ 176 Abs. 1 Satz 1 RVO)

In § 1 Nr. 3 Buchstabe a ist in § 176 Abs. 1 Satz 1 nach Nummer 9 (neu) folgende Nummer 10 einzufügen:

"10. Kinder eines Versicherten, für die kein Anspruch gemäß § 205 Abs. 1 Satz 2 besteht,"

Begründung:

Kinder, für die kein Anspruch gemäß § 205 Abs. 1 Satz 2 (Art. 1 § 1 Nr. 17 b dieses Entwurfs) besteht, haben nur das Recht, der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beizutreten, wenn der Anspruch auf Familienhilfe erlischt. Sofern kein Anspruch auf Familienhilfe bestanden hat, sind die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gegeben.  
Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Kinder Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung werden können.

4. Zu Art. 1 § 1 Nr. 5 (§ 180 Abs. 1 RVO)

In Artikel 1 § 1 ist die Nummer 5 zu streichen.

Begründung:

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze soll allein deshalb erfolgen, um die Mehrbelastung der Krankenkassen durch die Krankenversicherung der Rentner wenigstens teilweise auszugleichen. Versicherte mit mittleren Einkommen werden infolge der Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze von Jahr zu Jahr mit höheren Beiträgen belastet. Die zusätzliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die angesichts der bevorstehenden Neuregelung in der Krankenversicherung der Rentner unumgänglichen Beitragssatzerhöhungen würden für diese Versicherten zu einer Mehrfachbelastung führen.

Hinzu kommt, dass ein nicht unerheblicher Teil der jungen und gesunden freiwillig Versicherten zur privaten Krankenversicherung abwandern würde. Hierdurch würde die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten geschwächt.

5. Zu Art. 1 § 1 Nr. 6 Buchst. a (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b RVO),  
Nr. 7 Buchst. b (§ 182a Abs. 2 RVO)

Der Bundesrat weist zu § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b und § 182 a Abs. 2 RVO darauf hin, daß die Rechtsansprüche der Versicherten durch Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht unmittelbar eingeschränkt und in ihrem Inhalt näher bestimmt werden dürfen. Die Bundesregierung wird deshalb gebeten, eine Fassung zu wählen, die klarstellt, daß Einschränkungen und nähere Inhaltsbestimmungen nur auf dem Weg der Satzung der dafür zuständigen Körperschaften gegenüber ihren Mitgliedern getroffen werden können. Es könnte erwogen werden, z.B. für § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b folgende Fassung vorzusehen:

"b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Satzung nach Maßgabe von Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p der Reichsversicherungsordnung eingeschränkt ist;"

6. Zu Art. 1 § 1 Nr. 7 Buchst. b (§ 182a Abs. 2 RVO)  
Art. 1 § 3 Nr. 6 Buchst. b (§ 14 Abs. 2 KVLG)

- a) In § 1 Nr. 7 Buchst. b sind in § 182a Abs. 2 Satz 1 das Wort "Arzneimittel" durch die Worte "Arznei-, Verband- oder Heilmittel" zu ersetzen.
- b) In § 3 Nr. 6 Buchst. b sind in § 14 Abs. 2 Satz 1 das Wort "Arzneimittel" durch die Worte "Arznei-, Verband- oder Heilmittel" zu ersetzen.

Begründung zu a und b:

§ 182a Abs. 1 RVO bezieht sich auf Arznei-, Verband- und Heilmittel. Es bedarf deshalb der Klarstellung, daß auch die Befreiung von der Zahlung sich nicht nur auf Arzneimittel erstreckt. Im übrigen Folgeänderung.

7. Zu Art. 1 § 1 Nr. 7 Buchst. b (§ 182a Abs. 2 RVO)

In § 1 Nr. 7 Buchst. b ist in § 182a an Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"Ferner sind befreit Sozialhilfeempfänger, denen Hilfe zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2 des Bundessozialhilfegesetzes gewährt wird."

Begründung:

Die erhöhte Rezeptgebühr müßte in jedem Einzelfall bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt als Sonderbedarf im Rahmen des § 12 BSHG vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Diese zusätzliche Belastung der Sozialhilfe ist sachlich nicht gerechtfertigt; außerdem würden nicht vertretbare Verwaltungskosten entstehen, da der Sozialhilfeempfänger bei

jedem Rezept vor dem Gang zur Apotheke einen Antrag beim Sozialamt stellen müßte.

8. Zu Art. 1 § 1 Nr. 8 (§ 182 c RVO)

Art. 1 § 3 Nr. 7 Buchst. a (§ 16 Abs. 1 KVLG)

a) In § 1 ist Nummer 8 wie folgt zu fassen:

"8. § 182 c erhält folgende Fassung:

'§ 182 c

Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, kann die Satzung Voraussetzungen dafür vorsehen, ob und in welchem Umfange die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag übernimmt."

b) In § 3 Nr. 7 Buchst. a ist Absatz 1 wie folgt zu fassen:

"(1) Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, kann die Satzung Voraussetzungen dafür vorsehen, ob und in welchem Umfange die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag übernimmt."

Begründung zu a und b:

Die Kassen haben von Ausnahmen abgesehen schon jetzt den Zuschuß zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen auf 80 v.H. der Kosten beschränkt. Eine Begrenzung auf einen bestimmten zahlenmäßigen Eigenanteil des Versicherten ist nicht vorgesehen. Würde die im Entwurf vorgesehene Regelung der Begrenzung auf 500 Deutsche Mark bleiben, würde es bei den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen zu einem weiteren erheblichen Kostenauftrieb kommen. Die Begrenzung muß zwangsläufig zur Wahl noch teureren Zahnersatzes verleiten. Durch Richtlinien kann nach der Erfahrung der Krankenkassen den Wahlmöglichkeiten nicht ausreichend begegnet werden.

Die vorgeschlagene Änderung geht zunächst davon aus, daß es für die Kassen möglich sein sollte, für die oft nicht gebotenen teuren Neuanfertigungen einen Anreiz zu dazu im Vergleich billigen Reparaturen zu geben. Damit die zur Vermeidung weiteren Kostenauftriebes an sich gebotene Streichung des Satzes 3 nicht zu einer sozialpolitisch unvertretbaren Belastung der Betroffenen führt, soll durch Satzungsregelungen sowohl dem Kostenauftrieb als auch unvertretbarer Belastung entgegengewirkt werden können.

Im übrigen Folgeänderung.

9. Zu Art. 1 § 1 Nr. 9 (§ 182 e RVO),  
Art. 1 § 3 Nr. 7 Buchst. b (§ 16 Abs. 4 KVLG)

- a) In Artikel 1 § 1 ist Nummer 9 zu streichen.  
b) In Artikel 1 § 3 ist in Nummer 7 Buchstabe b zu streichen.

Begründung zu a und b:

Es ist sozial- und gesundheitspolitisch nicht vertretbar, die wichtigen kieferorthopädischen Maßnahmen für Kinder von einer Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von bis zu 20 v.H. der kieferorthopädischen Behandlungskosten abhängig zu machen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der vorgesehenen Rückerstattung nach Abschluß der Maßnahmen nach Behandlungsplan.

Die Eigenbeteiligung wird für sozial schwächere Bevölkerungsschichten eine finanzielle Barriere sein, die sie davon abhalten kann, die notwendige kieferorthopädische Behandlung bei ihren Kindern durchführen zu lassen. Hier bekannt gewordene Zahlen deuten darauf hin, daß lediglich 2 bis 4 % aller Behandlungsfälle nicht zu Ende geführt werden. Dieser Prozentsatz wird für zu gering erachtet, um damit eine allgemeine Eigenbeteiligung aller Versicherten zu rechtfertigen.

Im übrigen Folge der Änderung zu a.

10. Zu Art. 1 § 1 Nr. 10 (§ 184 Abs. 2 RVO)

In Art. 1 § 1 ist die Nummer 10 zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht gerechtfertigt, die Gewährung der Krankenhauspflege gegenüber dem Versicherten von dem Abschluß einer Vereinbarung über Verfahrensfragen und ähnliche Fragen nach § 372 RVO abhängig zu machen.

11. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 10 (§ 185 RVO)

In den letzten Jahren wurden in der Bundesrepublik in zunehmendem Umfang und unter Einsatz öffentlicher Mittel Sozialstationen oder ähnliche Einrichtungen eingerichtet, die insbesondere die Betreuung pflegebedürftiger Personen sicherstellen solbn. Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, um diese öffentlich geförderten Einrichtungen künftig auch in gebührender Weise an der Hauspflege im Rahmen des § 185 RVO zu beteiligen.

12. Zu Art. 1 § 1 Nr. 17 Buchst. a und c (§ 205 RVO),  
Art. 1 § 3 Nr. 12 Buchst. a und c (§ 32 KVLG),  
Art. 2 § 6

- a) In Artikel 1 § 1 sind in Nummer 17 Buchst. a die Worte ", kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet," zu streichen.
- b) In Artikel 1 § 3 sind in Nummer 12 Buchst. a die Worte "und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" zu streichen.
- c) In Artikel 1 § 1 Nummer 17 erhält Buchstabe c nach den Worten "Leistungen nach Absatz 1" folgende Fassung:  
"und das Wort 'Inland' durch die Worte 'Geltungsbereich dieses Gesetzes' ersetzt."
- d) In Artikel 1 § 3 Nummer 12 ist Buchstabe c wie folgt zu fassen:  
"c) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte 'und sich im Inland aufhalten' durch die Worte 'und sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten' ersetzt."
- e) Als Folge sind in Artikel 2 § 6 der Hinweis auf Artikel 1 § 1 Nummer 17 Buchst. a und § 3 Nummer 12 Buchst. a zu streichen.

Begründung zu a bis e:

Ein Gesamteinkommen von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße entspricht derzeit einem Betrag von 370,- DM. Es erscheint auch und gerade unter familienpolitischen Gesichtspunkten äußerst bedenklich, unterhaltsberechtigten Ehegatten und Kinder bereits bei einem so niedrigen Einkommen von der Familienkrankenhilfe auszuschließen.

Jede Leistungsbegrenzung nach der Höhe des Einkommens muß insbesondere wegen der Notwendigkeit einer fortlaufenden Überprüfung einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen. Auch aus dieser Überlegung sollte von der vorgesehenen Einschränkung der Familienkrankenhilfe abgesehen werden.

13. Zu Art. 1 § 1 Nr. 17 Buchst. c  
(§ 205 Abs. 3 Satz 1 RVO)

In § 1 Nummer 17 ist Buchstabe c eingangs wie folgt zu fassen: "In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte 'die Maßnahmen ....."

Begründung:

Die Änderung klärt die umstrittene Frage, ob die Krankenkassen den "sonstigen Angehörigen" stets die gleichen Leistungen erbringen müssen wie den Familienangehörigen. Wenn die Krankenkassen darüber entscheiden können, ob sie überhaupt "sonstige Angehörige" einbeziehen wollen, muß es ihnen auch freistehen, den Leistungsumfang zu bestimmen.

14. Zu Art. 1 § 1 Nr. 18 (§ 223 RVO)

In Artikel 1 § 1 Nummer 18 sind in § 223 die Worte "den Krankenhäusern und den Vertrauensärzten" durch die Worte "oder den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich" zu ersetzen.

Begründung:

Durch diesen konkretisierenden Einschub wird klargestellt, daß sich das Prüfungsrecht der Kasse im Zusammenwirken mit dem jeweiligen Partner zwar sowohl auf die stationären als auch ambulanten Leistungen erstreckt, jeder Bereich hingegen nur mit dem jeweiligen Partner überprüft werden kann.

15. Zu Art. 1 § 1 Nr. 19 Buchst. a (§ 257 a Abs. 1  
Satz 2 RVO)

Es sollte bei der bisherigen Möglichkeit verbleiben, daß Personen, die im Laufe des Rentenbezuges ihren Alterswohnsitz abweichend vom bisherigen Wohnort wählen, weiterhin Mitglied der für ihren neuen Wohnsitz zuständigen Ortskrankenkasse werden können.

16. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 22 (§ 313 a RVO)

In § 1 ist nach Nummer 22 folgende Nummer 22 a einzufügen:

"22 a. § 313 a Absatz 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Bei Beginn und während der Dauer der Weiterversicherung wird das Mitglied in die seinem Gesamteinkommen entsprechende Lohnstufe oder Mitgliederklasse eingestuft.'

Begründung:

Aus Solidaritätsgründen muß der Beitrag der freiwillig Weiterversicherten nach denselben Grundsätzen bemessen werden wie der der Pflichtversicherten. Während er bisher praktisch nur alle 2 Jahre verändert werden konnte (vgl. BSG 38, 84 ff.), soll er künftig bei Änderungen des Gesamteinkommens und auch der Beitragsbemessungsgrenze angeglichen werden.

17. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 27 (§ 368 Abs. 4 RVO)

In Artikel 1 § 1 ist nach Nummer 27 folgende Nummer 27 a einzufügen:

"27 a. § 368 Abs. 4 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausbedarfsplanung sind zu beachten."

Begründung:

Die im Rahmen der KHG-Änderung vorgesehene notwendige Berücksichtigung der ambulanten Bedarfspläne im Rahmen des § 6 Abs. 2 Ziff. 5 KHG i.d.F.d.B. erfordert eine entsprechende gesetzliche Ergänzung. Aus rechtlichen, gesundheitspolitischen und vor allem wirtschaftlichen Aspekten ist die Beachtung der Krankenhausbedarfsplanung bei der ambulanten Bedarfsplanerstellung für eine wirksame regionale Gesundheitsversorgung eine dringende Notwendigkeit.

18. Zu Art. 1 § 1 nach Nummer 27a (§ 368 Abs. 6 RVO),  
Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. e (§ 368f Abs. 8 -neu- RVO),  
Art. 1 § 1 Nr. 31 Buchst. a (§ 368g Abs. 5a -neu- RVO),  
Art. 1 § 1 Nr. 33 (§ 368i RVO)

a) Nach Nummer 27a ist folgende Nummer 27 b einzufügen:

"27 b. In § 368 wird folgender Absatz 6 angefügt:

"(6) Die Beziehungen zwischen Kassenzahnärzten und Zahntechnikern mit Ausnahme der Vergütung sowie der Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen regeln sich nach dem bürgerlichen Vertragsrecht. Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts dürfen nur durch Vereinbarung der in § 368 g Abs. 2 bezeichneten Vertragsparteien mit den Zahntechnikern abbedungen werden. Innungen oder Innungsverbände können Vereinbarungen nach Satz 2 mit bindender Wirkung für ihre Mitglieder schließen; Nichtmitglieder können diesen Vereinbarungen beitreten."

Begründung:

Die von den Zahntechnikern erbrachten zahntechnischen Leistungen sind für den Zahnarzt Fremdleistungen, deren Erbringung Grundsätzen des bürgerlichen Rechts unterliegen und deren Kosten als Teil in die kassenzahnärztliche Vergütung eingehen. Der Entwurf geht daher in Art. 1 § 1 Nr. 31 im Abs. 5 des geänderten § 368 g davon aus, daß in den Gesamtverträgen auch zu vereinbaren ist, daß die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind. Gleichwohl können dadurch zwischen den Krankenkassen und den Zahntechnikern keine Vertragsbeziehungen entstehen, obwohl oft mehr als die Hälfte der Kosten für Zahnersatz auf die zahntechnischen

Leistungen entfällt und diese Kosten nur weiterzugeben sind. Aus diesem Grunde ist dringend geboten, für die Krankenkassen und die Zahntechniker die Möglichkeit in die RVO einzuführen, über die Vergütung und hierzu auch über die mit der Vergütung im Zusammenhang stehenden Fragen Vereinbarungen zu treffen.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird einem auch von den Innungen der Zahn-techniker und den Krankenkassen vertretenen Anliegen Rechnung getragen. Unberührt bleiben die üblichen Lieferungsbedingungen zwischen Zahnarzt und Zahntechniker. Eine Abbedingung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften muß deshalb auch von der Zustimmung der Zahnärzte abhängig sein.

b) In § 1 Nummer 30 ist in Buchstabe e nach Absatz 7 folgender neuer Absatz 8 anzufügen:

"(8) Für die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit Zahnersatz und Zahnkronen müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten."

Als Folge ist Buchstabe e eingangs entsprechend anzupassen.

Begründung:

Folgeregelung aus der vorgeschlagenen Ergänzung des § 368. Die Vorschrift stellt sicher, daß die Anforderungen des Zahnarztes gewährleistet sind, weil danach in den Verträgen auch zu regeln sein wird, welche fachlichen Voraussetzungen für die Erfüllung des Vergütungsanspruchs gegeben sein müssen.

c) In § 1 Nummer 31 Buchst. a ist nach Absatz 5 folgender neuer Absatz 5a einzufügen:

"(5a) Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung. Für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Innungen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinbarungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich. Die §§ 368 Abs. 6 Satz 3 und 368 h gelten entsprechend."

Begründung:

Die Einfügung des Absatzes 5a soll bewirken, daß die zwischen den Kassen und den Zahntechnikern vereinbarte Vergütung in die Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung einfließt. Die Vereinbarung über die Vergütung wird als Folge aus § 368 f Abs. 8 auch die Voraussetzungen regeln, die bei der zahntechnischen Leistung als Grundlage des Vergütungsanspruchs erfüllt sein müssen.

Durch die Bezugnahme auf § 368 Abs. 6 Satz 3 -neu- wird klargestellt, daß auch Nichtmitglieder den Vereinbarungen beitreten können, während der Hinweis auf § 368 h eine Regelung für den Fall sicherstellen soll, daß eine Vereinbarung nicht zustande kommt.

d) Nummer 33 ist wie folgt zu fassen:

"33. § 368i wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 3a wird eingefügt:

'(3a) In den Fällen des § 368 g Abs. 5a Satz 2 wirken in den Schiedsämtern Vertreter der Zahntechniker und Krankenkassen in gleicher Zahl stimmberechtigt mit; die Vertreter der Zahnärzte nehmen an den Sitzungen beratend teil. Die Vertreter der Zahntechniker und deren Stellvertreter werden für die Landesschiedsämter von den Landesinnungsverbänden und für das Bundesschiedsamt von den Bundesorganisationen der Zahntechniker benannt. Die entsendenden Stellen treten für die Kostenverteilung an die Stelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Abs. 2 Satz 8, Abs. 3 Satz 3).'

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

'(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmantelverträge. Satz 1 gilt in den Fällen des § 368 g Abs. 5a Satz 2 entsprechend.'

c) In Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 werden jeweils nach den Worten "Arbeit" die Worte "und Sozialordnung" eingefügt; in Absatz 7 wird nach dem letzten Satz der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

"5. das Verfahren im einzelnen entsprechend der Regelung nach Absatz 4".

d) Folgende Absätze 8, 9 und 10 werden angefügt:

"(8) .... (unverändert wie Regierungsvorlage)

(9) .... (unverändert wie Regierungsvorlage)

(10) .... (unverändert wie Regierungsvorlage)."

Begründung:

Mit dem vorgeschlagenen Absatz 3a werden für den Fall des Scheiterns von Vertragsverhandlungen die Besonderheiten festgehalten, die für das Schiedsamsverfahren in diesem Falle geboten sind. Die beratende Mitwirkung der Zahnärzte ergibt sich aus ihrer Position als Vertragspartner der Kassen und der Zahntechniker im Zusammenhang mit der Erbringung der zahnmedizinischen Leistungen.

19. Zu Art. 1 § 1 Nr. 28 Buchst. a und Nr. 29 (§ 368a Abs. 8,  
§ 368c Abs. 2 RVO)

- a) In § 1 Nr.28 ist Buchstabe a zu streichen.
- b) In § 1 Nr.29 ist in § 368 c Abs. 2 Nr. 11 nach dem Wort "von" das Wort "leitenden" einzufügen.

Begründung zu a und b:

Die derzeit bestehenden Möglichkeiten, zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung Krankenhausärzte zu beteiligen, haben sich als ausreichend erwiesen. Es ist deshalb nicht erforderlich, für alle Krankenhausfachärzte eine Beteiligungsmöglichkeit zu schaffen. Die vorgesehene Regelung gefährdet die Tätigkeit der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte. Außerdem würden die Bemühungen um eine gleichmäßige ärztliche Versorgung weitgehend zunichte gemacht.

Im übrigen redaktionelle Folgeänderung.

20. Zu Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. b und c  
(§ 368 f Abs. 4 und Abs. 5 RVO)

- a) In Nummer 30 Buchst. b ist in § 368 f der Absatz 4 zu streichen.
- b) In Nummer 30 Buchst. c sind die Worte "Der bisherige" und "wird Absatz 5 und" zu streichen.

Begründung zu a und b:

Eine Richtlinienkompetenz der Bundesverbände widerspricht föderativen Grundsätzen und unserem dezentralen System in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei können notwendige regionale Differenzierungen und vorhandene strukturelle Unterschiede nicht im gebotenen Maße Berücksichtigung finden. Außerdem ist die Regelung im Falle der Nichteinigung der Spitzenverbände nicht praktikabel, weil sie keine Konfliktlösung enthält.  
Im übrigen Folgeänderung.

- 26 -

21. Zu Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. e (§ 368 f Abs. 6 u. 7 RVO)  
Art. 2 § 5

- a) In § 1 Nr. 30 wird Buchstabe e gestrichen.
- b) In Artikel 2 ist in § 5 Absatz 2 zu streichen.

Begründung:

Zu a:

Die Einbeziehung eines Arzneimittelhöchstbetrages in den Gesamtvertrag würde die Therapiefreiheit der Ärzte in hohem Maße einengen. Sie birgt die Gefahr in sich, daß die Verordnungspraxis in bedenklicher Weise eingeschränkt wird. Bei den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen könnte der Eindruck entstehen, ihre Versorgung mit Arzneimitteln sei nicht optimal.

Vor allem aber ist die vorgeschlagene Konfliktlösung bei Überschreiten der 5%-igen Toleranzgrenze in der Praxis nicht realisierbar. Ein unabhängiger Sachverständiger kann nicht derartig gravierend in die Verteilungskompetenz der kassenärztlichen Selbstverwaltung eingreifen.

Gleichwohl wird anerkannt, daß es unerlässlich notwendig ist, auch auf dem Bereich der Arzneimittelversorgung wirksame Kostendämpfungsmaßnahmen zu ergreifen.

Die Länder sind bereit, im weiteren Gesetzgebungsverfahren daran mitzuwirken, zu ordnungspolitisch einwandfreien und zugleich praktikablen Lösungen zu kommen.

Zu b:

Folgeänderung.

- 27 -

22. Zu Art. 1 § 1 Nr. 31 Buchst. a (§ 368 g Abs. 2 RVO)

In § 1 Nr.31 Buchst. a ist in § 368 g Abs. 2 Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Gesamtverträge für Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundes- oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist; die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen."

Begründung:

Da die überbereichlichen Betriebskrankenkassen nicht Mitglied eines Bundesverbandes sind, ist es notwendig, für sie die Landesverbände als Vertragspartner verhandeln zu lassen. Die Delegationsmöglichkeiten erscheinen zweckmäßig.

- 28 -

- 28 -

23. Zu Art. 1 § 1 Nr. 31 Buchst. a (§ 368 g Abs. 6 RVO)

In Nummer 31 Buchst. a ist in § 368 g Absatz 6 der Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Auch die gegenüber dem Referentenentwurf abgemilderte Fassung schließt nicht aus, daß die Vergütung der Belegärzte allein nach dem Arztkostenanteil in einem vollpauschalierten Pflegesatz ausgerichtet wird. Eine solche Regelung, die nicht berücksichtigt, daß der Belegarzt mit seinem Honorar auch die Praxisunkosten bestreiten muß, dient nicht der gerade im ländlichen Raum wünschenswerten Verstärkung belegärztlicher Tätigkeit. Sie berücksichtigt auch nicht, daß Belegärzte bei stationärer Behandlung nach den geltenden Verträgen teilweise jetzt schon für diagnostische Leistungen (Laborleistungen) Einschränkungen in den Abrechnungsmöglichkeiten unterworfen sind, die bei der ambulanten Leistungserbringung nicht gelten.

- 29 -

24. Zu Art. 1 § 1 Nr. 34 Buchst. e (§ 368 n Abs. 8 RVO)

In Nummer 34 Buchst. e ist in § 368 n Abs. 8 Satz 2 das Wort "sollen" durch das Wort "können" zu ersetzen.

Begründung:

Die "Soll-Bestimmung" bedeutet für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts im Ergebnis eine Verpflichtung, wenn die tatbestandsmäßigen Voraussetzungen gegeben sind. Eine solche Verpflichtung wäre ein unangemessener Eingriff in die Freiheit ärztlicher Berufsausübung und kassenärztliche Selbstverwaltung. Die Schaffung derartiger Gemeinschaftseinrichtungen sollte daher allein dem pflichtgemäßen Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen bleiben.

- 30 -

- 29 -

25. Zu Art. 1 § 1 Nr. 35 Buchst. b  
(§ 368 p Abs. 1 RVO)

In Artikel 1 § 1 ist Nummer 35 Buchstabe b wie folgt zu fassen:

"b) Folgender Satz wird angefügt:

"Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien auch zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen."

Begründung:

Da es sich um eine Korrespondenzvorschrift zu Artikel 1 § 1 Nr. 6 handelt, sind auch Verband- und Heilmittel anzuführen.

26. Zu Art. 1 § 1 Nr. 36 (§ 371 Abs. 1 und 2 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 36 ist § 371 Abs. 1 und 2 wie folgt wie folgt zu fassen:

"(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser zu gewähren, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich gegenüber den Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist oder die Ziele des Krankenhausplanes gefährdet werden. Die Ablehnung oder die Annahme der Bereiterklärung eines Krankenhauses und die Kündigung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Die Kündigung ist unter den Bedingungen von Satz 1 nur mit einer Frist von zwei Jahren möglich. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen."

Begründung:

Die Formulierung in Absatz 1 stellt sicher, daß Hochschulkliniken und alle Krankenhäuser, die im Bedarfsplan aufgenommen sind, sich den Krankenkassen gegenüber zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht mehr ausdrücklich anbieten müssen.

In Absatz 2 ist klargestellt, daß andere Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind, unter gewissen Voraussetzungen zur Krankenhauspflege berechtigt sind. Die

Ablehnung oder die Annahme ihres Angebots gegenüber den Krankenkassen ist von der Zustimmung der Aufsichtsbehörde abhängig. Damit ist sichergestellt, daß diese Krankenhäuser auch dann abgelehnt werden können, wenn sie unabhängig von ihrer Leistungsfähigkeit die Krankenhausplanung gefährden.

27. Zu Art. 1 § 1 Nr. 36 (§ 372 Satz 1 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 36 ist § 372 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Die Landesverbände schließen mit Wirkung für ihre Mitglieds-kassen mit den Landesverbänden der Krankenhäuser Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Bescheinigungen sowie Übernahme und Abwicklung der Kosten."

Begründung:

Der Grundsatz der Chancengleichheit gebietet es, daß die Verträge auch auf der Krankenseite von den Landesverbänden abgeschlossen werden.

Wortlaut und Begründung der Vorschrift lassen den Inhalt der Verträge völlig offen. Eine Notwendigkeit für vertragliche Regelungen besteht nur für die im Änderungsvorschlag genannten Bereiche.

Der Hinweis auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz kann als überflüssig entfallen. Er ist im übrigen unvollständig, da auch andere Regelungen, insbesondere der Bundespflegesatzverordnung, zu beachten sind.

28. Zu Art. 1 § 1 Nr. 36 (§ 372 Satz 2 RVO)

In Art. 1 § 1 Nr. 36 ist in § 372 der Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Im Gegensatz zum Referentenentwurf stellt die vorliegende Fassung zwar eindeutig klar, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Bestandteile der Krankenhauspflege sind und insoweit die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht berühren. Trotzdem erscheint es verfrüht, jetzt schon die Möglichkeit vertraglicher Regelungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu eröffnen. Die damit zusammenhängenden Probleme sind noch keineswegs überschaubar. Insbesondere hinsichtlich der vorstationären Diagnostik fehlen Erfahrungen darüber, in welchen Fällen sie überhaupt in Betracht kommt und in welchem Umfang durch sie eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer und ein kostensenkender Effekt zu erwarten ist. Entsprechend der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz am 27.2.1976 wird es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus-Instituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden sind.

29. Zu Art. 1 § 1 Nr. 39 (§ 389 RVO)

a) In Artikel 1 § 1 ist Nummer 39 wie folgt zu fassen:

"39. § 389 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort 'acht' durch das Wort 'elf' ersetzt.

b) Es wird folgender Absatz 3 eingefügt:

'(3) Der Garantieträger kann erst in Anspruch genommen werden, wenn und soweit

1. die Beiträge für Regelleistungen den am 1. Januar 1977 geltenden Beitragssatz der Kasse, mindestens aber den durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen und Ersatzkassen (§ 381 a Absatz 3) um mehr als zwei Prozentpunkte ein Jahr lang durchgehend überschreiten und voraussichtlich ein weiteres Jahr überschreiten werden,
2. das Rücklageguthaben nicht mehr als ein Viertel der in § 364 Absatz 1 Satz 1 genannten Höhe beträgt und weiteres verwertbares Vermögen nicht vorhanden ist.

Die Aufsichtsbehörde soll den Garantieträger rechtzeitig über die Entwicklung und ihre Ursachen unterrichten."

c) Als Folge sind in §§ 260, 386 und 388 Satz 1 RVO jeweils das Wort "sechs" durch das Wort "neun", in § 388 Satz 2 RVO das Wort "siebeneinhalb" durch das Wort "zehn" und in § 390 Satz 1 RVO das Wort "acht" durch das Wort "elf" zu ersetzen.

Begründung zu a und b:

1. Der Bundesrat hat bereits zum Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz zum Ausdruck gebracht, daß eine ersatzlose Streichung der Garantiepflicht für die Ortskrankenkassen nicht gerechtfertigt ist. Er hat Steuerungsmittel verlangt, die die stabilisierende Funktion des Höchstbeitrages und der Garantiepflicht ggf. übernehmen könnten (BR-Drs. 771/74).

Die Streichung der Garantiepflichten ist keine zwangsläufige Folge der höchstgerichtlichen Rechtsprechung. Das Bundessozialgericht (BSGE 34, 177) hat nicht entschieden, daß die Garantiepflicht verfassungswidrig ist, sondern daß sie bei verfassungskonformer Auslegung des § 389 RVO den Bund und nicht die Gemeindeverbände trifft.

Im übrigen wäre es auch widerspruchsvoll, die Garantiepflichten für Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen aufrechtzuerhalten (§ 390 RVO), die für die Ortskrankenkassen (§ 389 RVO) aber nicht. Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen können nämlich aufgelöst und müssen im Notfall von Amts wegen geschlossen werden (§§ 272, 274, 278, 279 RVO) - Möglichkeiten, die es bei Ortskrankenkassen praktisch nicht gibt.

Schließlich wäre es wenig sinnvoll, wie vorgesehen, zwar einen "Höchstbeitrag" aufrechtzuerhalten, aber keine wirklich bedeutsamen Rechtsfolgen daran zu knüpfen.

Die Streichung ist im gegenwärtigen Zeitpunkt weniger vertretbar denn je, weil durch Kostenentwicklung und Neuverteilung der Rentner-Krankenversicherung Lasten auf die Ortskrankenkassen zukommen, deren Gewicht sich noch nicht voll ermaßen läßt, die aber auf jeden Fall zu beträchtlichen Beitragssatzerhöhungen führen werden. Der nach Art. 20 GG für die Sozialpolitik verantwortliche Staat darf die Ortskrankenkassen gerade zu diesem Zeitpunkt nicht im Stich lassen.

2. Allerdings muß der Bundeshaushalt vor einer vorzeitigen und übermäßigen Inanspruchnahme geschützt werden. Dafür reicht ein Höchstbeitragssatz von 8 v.H. nicht mehr aus; er muß ohnehin für die Beschlußfassung nach Abs. 1 auf 11 v.H. angehoben werden (vgl. § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB IV). Die Voraussetzungen der Garantiepflicht müssen daher neu geregelt werden.

Als Anknüpfungspunkte bieten sich für die nächste Zukunft der gegenwärtige Beitragssatz der einzelnen Ortskrankenkasse und der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen und Ersatzkassen an, die zu tragen den Solidargemeinschaften zugemutet werden muß.

Erst wenn diese Beitragssätze im wesentlichen Maße für längere Zeit überschritten werden, also Zufälligkeiten ausgeschlossen werden können, soll die Allgemeinheit helfend eingreifen. Voraussetzung ist weiter, daß die Kasse zu allererst selber ihre finanziellen Möglichkeiten ausgeschöpft hat.

Dieses abgestufte Haftungssystem ist gerechter als die gegenwärtige Gesetzeslage mit praktisch unbegrenzten Haftungsmöglichkeiten und gerechter auch als die völlige Lossagung des Staates aus der Verantwortung. Die betonte Zurückhaltung, mit der die Ortskrankenkassen die Garantierechte bisher wahrgenommen haben, und ihr legitimes Interesse an der eigenverantwortlichen Krankenkasse lassen erwarten, daß die Garantiepflichten auch künftig als Eckpfeiler staatlicher Sozialpolitik gesunde Steuerungsfunktionen ausüben werden.

Zu c:  
Folgeänderungen.

30. Zu Art. 1 § 1 Nr. 44 Buchst. b  
(§ 414 b Abs. 2a Satz 1 RVO)

In § 414 b Abs. 2 a Satz 1 sind nach dem Wort "Mitgliedskassen" jeweils die Worte "eines Landes" einzufügen.

Begründung:

Bei länderübergreifenden Verbänden (§ 414 Abs. 2 RVO) sollen die Finanzausgleiche auf die einzelnen Bundesländer beschränkt werden, um deren Sozialstruktur nicht zu stören.

31. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 44 und nach Nr. 51  
(§§ 441, 442, 443 bis 458, 530 RVO)

In § 1 sind folgende Nummern 44a, 44b, 44c und 52 einzufügen:

"44a. In § 441 wird folgender Absatz 2 angefügt:

'(2) Unständig Beschäftigte, die nicht nach § 168 versicherungsfrei sind, werden bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnortes versichert.' "

"44b. § 442 erhält folgende Fassung:

§ 442

(1) Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung für die unständig Beschäftigten oder Gruppen von ihnen von diesem Gesetz abweichende Bestimmungen treffen über

1. Beginn und Ende der Mitgliedschaft sowie den Tag des Ausscheidens wegen Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214,
2. Meldungen,
3. Zeiten der Beitragspflicht, Bemessung der Beiträge sowie einen Ausgleich der Beiträge unter den Arbeitgebern durch abweichende Bemessung ihrer Beitragsteile oder ein anderes Ausgleichsverfahren,
4. Aufbringung und Zahlung der Beiträge sowie den Nachweis der Beitragsentrichtung,
5. Grundlagen für die Berechnung des Grundlohnes und des Regellohnes,
6. die Behandlung von Gesamthafenbetrieben als Arbeitgeber für Zwecke der Sozialversicherung,

soweit die unständige Beschäftigung dies im Interesse einer gleichwertigen Behandlung erfordert.

(2) Die Rechtsverordnung kann bestimmen, welche Verstöße gegen Pflichten, die sie Arbeitgebern oder unständig Beschäftigten auferlegt, als Ordnungswidrigkeiten nach § 530 geahndet werden.' "

"44c. Die § 443 bis 458 werden gestrichen."

"52. In § 530 Abs. 1 Nr. 5 werden nach den Worten "§ 520 Abs. 2" die Worte "oder § 442" eingefügt.

Begründung:

Die Änderung dient der Strukturbereinigung bei der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten.

Die bisher in § 442 geregelte Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Wohnortes muß aufrechterhalten werden, da die Zuständigkeit gerade bei unständig Beschäftigten sonst häufig wechseln würde und eine kontinuierliche Bestandführung für die Erfassung und Versorgung der unständig Beschäftigten unerlässlich ist.

Wirtschaftszweige mit stark wechselnder Auftragslage können auf unständig Beschäftigte nicht verzichten. Die berufsbedingten Besonderheiten dieser Gruppe stehen einer Versicherung nach den allgemeinen Vorschriften weitgehend entgegen. Es bedarf daher weiterhin Sonderregelungen. Die Sonderregelungen müssen strukturelle und regionale Gegebenheiten berücksichtigen können. Dies ist nur möglich durch die Schaffung einer ausreichenden Ermächtigungsnorm für den Landesgesetzgeber. Die vorgeschlagene

Fassung des § 442 bringt die verfassungsrechtlich erforderliche Konkretisierung der Ermächtigung, die eine Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten auf Landesebene erlaubt.

Zu § 442 Abs. 1 Nr. 1 ist zu bemerken, daß bei unständig Beschäftigten ein überhängender Versicherungsschutz schon dadurch gewährleistet ist, daß das Ende der Mitgliedschaft erst geraume Zeit nach Ende des letzten Beschäftigungstages eintritt (§ 446). Es ist nicht gerechtfertigt, zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft die beschäftigungslose und damit beitragslose Mitgliedschaft über § 214 noch weiter zu verlängern.

Zu § 442 Abs. 1 Nr. 3 besteht das Regelungsbedürfnis, weil eine risikogerechte Beitragsgestaltung abweichend von § 397 eine Beitragsentrichtung für Zeiten erfordern kann, an denen unständig Beschäftigte vorübergehend nicht oder bei anderen Arbeitgebern beschäftigt sind. Eine besondere Bemessung der Beiträge ist angezeigt. Unständig Beschäftigte sind wegen zahlreicher freiwilliger und unfreiwilliger Fehltage sowie wegen erhöhter Morbidität für die Krankenkassen ein ungünstiges Risiko, dessen Abwälzung auf die übrige Versicherungsgemeinschaft nicht gerechtfertigt ist. Deshalb sollte für unständig Beschäftigte ein besonderer Beitragssatz möglich sein. Ob § 384 dafür bereits eine ausreichende Grundlage bietet, ist zweifelhaft.

Die bisherige Mitfinanzierung aus Steuermitteln ist der gesetzlichen Krankenversicherung fremd und muß abgelöst werden durch eine Beitragsgestaltung, die allein von den betroffenen Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu tragen ist. Um die sich daraus ergebenden Risiken gleichmäßig auf alle Arbeitgeber zu verteilen, kann ein Ausgleich unter ihnen angezeigt sein, wie er zum Beispiel bei mehrfach Beschäftigten vorgesehen ist (§ 396) und auch jetzt schon für unständige Beschäftigten gilt (§ 454 Abs. 2).

Dabei bietet es sich aus verwaltungspraktischen Gründen an, den Ausgleich durch abweichende Bemessung der Arbeitgeberanteile vorzunehmen. Die vorgesehene Neuregelung stellt eine erhebliche Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Zu § 442 Abs. 1 Nr. 5 ergibt sich nach dem Fortfall des Ortslohnes für die Bemessung von Beiträgen und Barleistungen (§ 450) das Erfordernis, auch für den Regellohn eine besondere Ermächtigung zu schaffen.

Zu § 442 Abs. 1 Nr. 6 hat sich die Notwendigkeit ergeben, weil zwar nach dem Gesetz über die Schaffung eines besonderen Arbeitgebers für Hafendarbeiter (Gesamthafenbetrieb) vom 3.8.1950 (BGBl. I S. 352) Gesamthafenbetriebe entstanden sind, gleichwohl aber nicht nur die Aushilfsarbeiter, sondern auch die Gesamthafenarbeiter nicht überall als ständig Beschäftigte des Gesamthafenbetriebes, sondern als unständig Beschäftigte der Einzelbetriebe angesehen werden (vgl. BAGE 11, 82 ff. mit Anmerkung AP Nr. 2 zu § 1 Gesamthafenbetrieb; Gramm RdA 58, 330 ff.). Dadurch wird die sozialversicherungsrechtliche Behandlung dieses Personenkreises erschwert und verschlechtert. Deshalb sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, Gesamthafenbetriebe sozialversicherungsrechtlich wie einen Arbeitgeber zu behandeln, was auch dem Zweck des Gesamthafenbetriebes entspricht.

Zu § 442 Abs. 1 letzter Halbsatz empfiehlt sich die Ergänzung "gleichwertige Behandlung" im Hinblick auf Art. 80 GG. Sie stellt klar, daß die Landesverordnungen nur solche Regelungen treffen dürfen, die nach der besonderen Natur der unständigen Beschäftigung erforderlich sind.

Die §§ 443 bis 458 sind mit der Neuregelung des § 442 entbehrlich geworden.

Im übrigen Folge der Neuregelung des § 442 Abs. 2.

32. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 45 (§ 483 Abs. 2 Satz 1 RVO)

In Art. 1 § 1 ist nach Nummer 45 folgende neue Nummer 45a einzufügen:

"45a. In § 483 Absatz 2 Satz 1 werden die Worte

"in der Krankenpflege" gestrichen.

Begründung:

Die See-Krankenkasse, die keinem Landesverband angehört, muß nicht nur "Verträge in der Krankenpflege" abschließen, sondern auch Verträge über andere Kassenleistungen, insbesondere Krankenhausverträge (§ 372 RVO). Deshalb muß die in § 483 enthaltene Einschränkung gestrichen werden. Materiell-rechtlich gelten für die Verträge dieselben Vorschriften wie für die übrige Krankenversicherung (§ 476 Abs. 3 RVO).

33. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 52 - neu - (§§ 1504, 1513 RVO),  
Art. 2 § 15 Abs. 2

- a) In Art. 1 § 1 sind nach Nummer 52 - neu- folgende Nummern 53 und 54 einzufügen:

"53. § 1504 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

'(1) Ist eine Krankheit oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalles, den der Träger der Unfallversicherung zu entschädigen hat, so hat dieser, wenn der Verletzte oder Verstorbene bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist oder war, dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung den Leistungsaufwand mit Ausnahme des Sterbegeldes zu erstatten.'

54. § 1513 Satz 1 wird durch folgende Absätze ersetzt:

'(1) Die durch § 1504 Abs. 1 begründeten Erstattungsansprüche für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel sind durch Pauschbeträge abzugelten, deren Höhe der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt.

(2) Die Rechtsverordnung kann ferner

1. die pauschale Abgeltung weiterer Erstattungsansprüche nach § 1504 Abs. 1, von Entschädigungsansprüchen nach § 1501 Satz 1 und von Ersatzansprüchen nach § 1510 Abs. 2 regeln,
2. Eigenanteile der Krankenkassen bis zu 15 vom Hundert der Beträge festsetzen,

3. die Aufbringung und Verteilung der Beträge innerhalb der Versicherungszweige, insbesondere nach den Unfallrisiken regeln.'

Satz 2 wird Absatz 3."

- b) In Art. 2 § 15 Abs. 2 ist das Zitat "Nr. 10 und 36" zu ersetzen durch das Zitat "Nr. 10, 36, 53 und 54".

Begründung:

Die Änderung verbessert die Struktur der Krankenversicherung durch gerechtere Kostenverteilung im Verhältnis zur Unfallversicherung.

Die Ausgaben der Unfallversicherung müssen von den Unternehmern getragen werden (§§ 723, 802, 870 RVO), um deren Verantwortungsbereich es geht und die durch die Unfallversicherung von der Haftung befreit werden (§ 636 RVO). Damit steht das bisherige Recht insoweit in Widerspruch, als die Aufwendungen für Arbeitsunfälle zu einem ganz erheblichen Teil von der Krankenversicherung getragen werden (§§ 565, 1504 RVO) und damit über die Beitragspflichten (§ 381 RVO) auch von den Beschäftigten selber, die gerade geschützt werden sollen, aber auf diese Weise die den Unternehmern allein obliegenden Kosten mittragen müssen.

Dieser seit je beanstandete Mangel war durch das Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz vom 30.4.1963 (BGBl. I S. 241) nur unzureichend korrigiert worden, indem die Frist für die Kostenübernahme durch die Unfallversicherung vom 27. auf den 20. Tag (einschließlich Unfalltag) verlegt wurde, wogegen die Kosten ambulanter Krankenpflege voll bei der Krankenversicherung verblieben. Die damit verbundene Annahme, daß dadurch die Kosten zwischen Krankenversicherung und Unfallversicherung

halbiert würden, wäre schon damals nur zutreffend gewesen, wenn die Aufwendungen für die 20 Tage und länger dauernden arbeitsunfallbedingten Krankheitsfälle rückwirkend auf den 1. Tag voll der Unfallversicherung auferlegt worden wären, was mit der gewählten Fassung des § 15o4 RVO nicht geschah.

Inzwischen ist die Änderung um so dringlicher geworden, als die Krankheitskosten durch den medizinischen Fortschritt insbesondere im Krankenhausbereich (verkürzte Verweildauer) sich immer mehr in die unfallnahen Tage verlagert haben, so daß auch relativ eine noch stärkere Belastung der Krankenversicherung eingetreten ist.

Der Mangel soll jetzt dadurch beseitigt werden, daß die Unfallversicherung künftig entsprechend den Verantwortlichkeiten den Leistungsaufwand für arbeitsunfallbedingte Krankheiten voll vom 1. Tag an trägt. Darin kann zugleich ein Anreiz für die Unfallversicherung liegen, im Interesse der Verletzten, aber auch der Unternehmer und der Unfallversicherung selber, stärker noch als bisher von den Möglichkeiten berufsgenossenschaftlicher Heilverfahren (§ 565 Abs. 2 RVO) Gebrauch zu machen.

Eine solche Weiterentwicklung war bereits bei den Beratungen des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes angestrebt worden. Begünstigt wird die Regelung durch die heute bessere statistische Erfassung der Vorgänge und durch pauschale Abgeltungsmöglichkeiten (§ 1513 RVO).

Für das Sterbegeld soll es ausnahmsweise bei der durch das Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz geschaffenen Regelung (§§ 589, 15o8, 15o4 RVO) verbleiben.

Eine Erstattung der Verwaltungskosten ist nicht vorgesehen.

Die Erstattungspflicht der Unfallversicherung an die Krankenversicherung darf nicht zu überhöhtem Verwaltungsaufwand führen. Deshalb wird im Gegensatz zum bisherigen Recht, aber in Anlehnung an die in §§ 19, 24a BVG getroffene Regelung die pauschale Abgeltung derjenigen Kosten zwingend vorgeschrieben, die für Einzelabrechnungen wenig geeignet sind. Wenn die noch zu gewinnenden Erfahrungswerte es zulassen, sollten auch weitere Pauschalabgeltungen getroffen werden. Die Abgeltung kann für die einzelnen Versicherungsträger

untereinander vorgeschrieben werden, aber auch für die gesamten Versicherungszweige, vor allem wenn dafür bereits Ausgleichssysteme bestehen; dann kann eine noch weitere Pauschalierung insbesondere nach Unfallrisiken angezeigt sein.

34. Zu Art. 1 § 4 Nr. 1 (§ 2 Nr. 4 KHG)

In Art. 1 § 4 ist die Nummer 1 zu streichen.

Begründung:

Es ist zumindest zweifelhaft, ob und inwieweit die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen kann. Nach Auffassung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder kann gemäß der EntschlieÙung in deren 37. Konferenz hierüber erst entschieden werden, wenn

- a) die Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts über die personellen und finanziellen Entlastungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung und
- b) die Modellversuche der Bundesverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft

unter wissenschaftlicher Begleitung abgeschlossen sind.

35. Zu Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a (§ 6 Abs. 1 und 5 KHG)

- a) In Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a sind in § 6 Abs. 1 Satz 1 nach den Worten "im Benehmen mit" die Worte "den kommunalen Spitzenverbänden," einzufügen.
- b) In Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a sind in § 6 Abs. 5 Satz 1 die Worte "die kommunalen Spitzenverbände," zu streichen.

Begründung zu a und b:

Es ist nicht einzusehen, daß, wenn schon zwei Gruppen von Mitwirkenden im Verfahren geschaffen werden, die kommunalen Spitzenverbände der nachrangigen Gruppe angehören sollen. Die Gemeinden bringen einen wesentlichen Teil der Krankenhausfinanzierungsmittel auf. Sie haben darüber hinaus die Krankenhausversorgung sicherzustellen, falls andere Träger dazu außerstande sind. Die Gemeinden sind ferner Träger der örtlichen Planung. Angesichts dessen ist die Gleichstellung der kommunalen Spitzenverbände mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft zu fordern.

Im übrigen Folgeänderung.

36. Zu Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a (§ 6 Abs. 2 Nr. 2 KHG)

In Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a ist § 6 Abs. 2 Nr. 2 zu streichen.

Begründung:

Art. 104 a Abs. 4 GG verleiht dem Bund keine Mitplanungs-, Mitverwaltungs- und Mitentscheidungsbefugnisse im Aufgabenbereich der Länder. Dem in Art. 1 § 4 Nr. 3 Buchst. a (§ 7 KHG) vorgesehenen Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser können deshalb nur Beratungs- und Koordinierungsfunktionen obliegen. Der Ausschuß kann daher nicht mit bindender Wirkung für die Länder "allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser" aufstellen. Eine Bindung der Länder an solche Grundsätze ist auch mit dem grundgesetzlichen Verbot der Mischverwaltung unvereinbar (vgl. BVerfGE 32, 145, 156; 39, 96, 120).

37. Zu Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a (§ 6 Abs. 5 KHG)

In Art. 1 § 4 Nr. 2 Buchst. a sind in § 6 Abs. 5 nach dem Wort "Kassenärztlichen" die Worte "und Kassenzahnärztlichen" zu streichen.

Begründung:

Ein sachlicher Anknüpfungspunkt für die Beteiligung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist nicht ersichtlich.

38. Zu Art. 1 § 4 Nr. 3 (§ 7 KHG)

In Artikel 1 § 4 ist Nummer 3 zu streichen.

Begründung:

Es besteht keine Notwendigkeit, die bisherige Regelung über Zusammensetzung und Aufgaben des Ausschusses zu ändern.

Im übrigen ist es nicht vertretbar, den elf Ländern ein Übergewicht von 20 Vertretern nichtstaatlicher Organisationen gegenüber zu stellen. Dieser Ausschuß mit nahezu 40 Mitgliedern wäre nicht funktionsfähig. Seine Bildung hätte im übrigen zwangsläufig zur Folge, daß die fachliche Arbeit von Bund-Länder-Ausschüssen geleistet werden müßte, die zusätzlich zu bilden wären. Diese Arbeit oblag bisher weitgehend 3 Unterausschüssen.

39. Zu Art. 1 § 4 Nr. 4 Buchst. a (§ 8 KHG)

In Artikel 1 § 4 Nr. 4 ist in Buchstabe a der einzufügende Absatz 2 wie folgt zu fassen:

"(2) Durch Bedingungen und Auflagen nach Absatz 1 Satz 3 kann auch bestimmt werden, daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte zu erfüllen haben, wenn andernfalls Kapazitäten an Hochschulkliniken erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden. Die Förderung von ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes sowie die Erstattung der Aufwendungen für Forschung und Lehre bleiben hiervon unberührt."

Begründung:

Redaktionelle Änderung in Satz 1, die Änderung in Satz 2 dient der Klarstellung.

40. Zu Art. 1 § 4 Nr. 4 Buchst. c (§ 8 KHG)

In Buchstabe c sind nach dem Wort "ersetzt" der Punkt zu streichen und die Worte "und es wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

'Dies gilt für Teile von Krankenhäusern entsprechend! "

anzufügen.

Begründung:

Die Ausgleichsleistungen sollen sich auch auf ausscheidende Teile von Krankenhäusern erstrecken.

41. Zu Art. 1 § 4 Nr. 5 (§ 10 Abs. 2 KHG)

In Art. 1 § 4 ist die Nummer 5 zu streichen.

Begründung:

Die vorgesehene Änderung ist überflüssig.

42. Zu Art. 1 § 4 Nr. 6 (§ 11a KHG),

Art. 1 § 4 Nr. 8 (§ 16 Satz 1 KHG),

Art. 1 § 4 Nr. 9 Buchst. a bis c (§ 17 Abs. 1, 4, 5, 6 KHG),

Art. 1 § 4 Nrn. 12, 13 (§§ 20, 22 KHG),

Art. 2 § 11 Abs. 2

a) In Artikel 1 § 4 ist die Nummer 6 zu streichen.

b) In Artikel 1 § 4 Nr. 8 sind in § 16 Satz 1 die Worte "die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4 im Pflegesatz und" zu streichen.

c) In Artikel 1 § 4 Nr. 9 Buchstabe a ist in § 17 Abs. 1 der neu anzufügende Satz 4 zu streichen.

d) In Artikel 1 § 4 sind in Nummer 9 die Buchstaben b bis d zu streichen.

e) In Artikel 1 § 4 sind die Nummern 12 und 13 zu streichen.

f) In Artikel 2 ist § 11 Absatz 2 zu streichen.

Begründung

zu a:

Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, 10 v.H. der Investitionskosten sowie 5 v.H. der Kosten von Ersatzinvestitionen zunächst vorzufinanzieren. Diese Kosten sollen dann unter bestimmten Voraussetzungen über den Pflegesatz finanziert werden.

Notwendige Investitionskosten werden hier lediglich neu verteilt. Die öffentliche Hand wird entlastet, die Benutzer oder

ihre Kostenträger werden belastet, die auf diese Weise zur Sanierung der Bundesfinanzen beitragen sollen. Nach der Begründung zum Entwurf soll jedoch vor allem eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden. Die beabsichtigte Regelung steht diesem Ziel diametral entgegen.

Langfristig könnte auch bei dieser Regelung eine Existenzgefährdung von Krankenhäusern möglich sein, zumal der vom Entwurf unterstellte freie Finanzierungsspielraum durch Defizite, z.B. aus Personalwohnheim und Instandhaltungspauschale, bereits aufgezehrt ist und die Vorfinanzierung nicht in allen Fällen durch Bareinlagen möglich sein wird und daher nichtabdeckbare Kosten (Zinsen, Verwaltungsgebühren) anfallen.

Durch die beabsichtigte Regelung soll es zu mehr Wirtschaftlichkeit im Investitionsbereich kommen. Soweit Fördermittel auf der Grundlage von Einzelanträgen bewilligt werden, bedarf der Steuerungsmechanismus keiner Ergänzung, da die Anträge von den zur Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuständigen Stellen sorgfältig geprüft werden. Im Bereich der pauschalen Abgeltung sieht § 4 Nr. 5 (§ 10 Abs. 2 KHG) eine ausreichende Ergänzung des Steuerungsmechanismus vor.

zu b - f:

Folgeänderungen aufgrund der Änderung zu a.

43. Zu Art. 1 § 4 Nr. 6 (§ 11a KHG)

Der Bundesrat stimmt mit der Bundesregierung in der Zielsetzung überein, daß für Investitionen und laufende Wirtschaftsführung der Krankenhäuser Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten im Krankenhaus geschaffen werden sollten. Der Bundesrat erwartet von der Bundesregierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren hierzu die Entwicklung eines geeigneteren Instrumentariums. Dieses Instrumentarium sollte so gestaltet werden, daß für die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser unterschiedlicher Träger gleiche Wettbewerbsbedingungen gewährleistet sind.

44. Zu Art. 1 § 4 nach Nr. 6 (§ 13 KHG) und  
Art. 1 § 4 nach Nr. 7 (§ 15 Abs. 3 KHG)

a) Es ist folgende Nummer 6a einzufügen:

"6a. § 13 Abs. 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:

'Sind für die Anschaffung oder die Wiederbeschaffung eines Anlagegutes Fördermittel nach §§ 9 und 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch nach Satz 1, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.' "

b) Es ist folgende Nummer 7a einzufügen:

"7a. § 15 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

"(3) Absatz 2 findet keine Anwendung auf Krankenhäuser, die im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden. § 13 Absatz 1 bleibt unberührt."

bb) Die Absätze 3 und 4 werden Absätze 4 und 5.

Begründung:

Die Vorschrift des § 15 Absatz 2 KHG ist nicht eindeutig. Die Auffassungen über die Anwendung gehen auseinander. Durch den neuen Absatz 3 soll klargestellt werden, daß Krankenhäusern, die einvernehmlich aus der Förderung ausscheiden, die bewilligten Fördermittel belassen werden. Die Anwendung des § 15 Absatz 2 KHG auf diese Häuser würde eine nachträgliche Schlechterstellung gegenüber nichtgeförderten Krankenhäusern bedeuten. Die Anwendung des § 15 Absatz 2 auf diese Krankenhäuser würde darüber hinaus die Bereitschaft eines Krankenhauses mindern, aus dem Krankenhausbedarfsplan auszuscheiden.

Ein etwaiger Vermögensvorteil, den ein Krankenhaus durch die Förderung erlangt, könnte - sofern das Krankenhaus den Betrieb ein- oder umstellt - bei Bemessung des Ausgleichs nach § 8 Absatz 2 KHG berücksichtigt werden.

Führt das Krankenhaus den Betrieb weiter, wird durch die Änderung des § 13 Absatz 1 Satz 3 KHG klargestellt, daß der Vermögensvorteil aus der Förderung nach §§ 9 und 10 angerechnet wird.

45. Zu Art. 1 § 4 Nr. 7 (§ 15 Abs. 2 KHG)

In Artikel 1 § 4 ist Nummer 7 zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht sachgerecht, bei der Erstattung der Fördermittel den Wertverzehr von nicht mit öffentlichen Mitteln beschafften Anlagegütern zu berücksichtigen.

46. Zu Art. 1 § 4 Nr. 8 (§ 16 Satz 1 KHG)

In Art. 1 § 4 ist Nummer 8 wie folgt zu fassen:

"8. § 16 erhält folgende Fassung:

§ 16

Verordnungen zur Regelung der Pflegesätze  
und der Rechnungs- und Buchführungspflichten

- (1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser und das anzuwendende Verfahren nach § 18 zu erlassen. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierung übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierung die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.
- (2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, dem Bundesminister der Justiz, dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister des Innern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten einschließlich solcher über die Kosten- und Leistungsrechnung und über den Jahresabschluß zu erlassen sowie vorzuschreiben, daß Kosten- und Investitionsplanungen aufzustellen sind."

Begründung:

Die Aufnahme allgemeiner Vorschriften über die Buchführung und den Jahresabschluß, wie sie Art. 1 § 4 Nr. 15 der Vorlage im Rahmen eines neu einzufügenden § 26 a Abs. 1 vorsieht, empfiehlt sich nicht, weil nach allen bisherigen Erörterungen eines Entwurfs einer Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflicht der Krankenhäuser im Ausschuß nach § 7 bereits feststeht, daß ohne Sondervorschriften für den Jahresabschluß der Krankenhäuser nicht auszukommen ist. Zudem ist die Regelung im Wege einer Rechtsverordnung vorzuziehen, weil es dabei eher möglich ist, besonderen Wünschen der Länder, die sich u.a. daraus ergeben, daß ein Großteil der Krankenhäuser kommunale Einrichtungen sind, Rechnung zu tragen.

Die in Absatz 2 des nach Nr. 15 der Vorlage einzufügenden § 26 a vorgesehene Ermächtigung geht inhaltlich über die nach geltendem Recht bestehende Ermächtigung insofern hinaus, als sie Inhalt und Form der Vermögens-, Finanz- und Stellenpläne betrifft. Diese Begriffe beinhalten innerhalb des Kommunalrechts die haushaltsrechtliche Vorgabe der Träger an die Krankenhäuser. Insoweit kann der Bund Regelungen nicht treffen. Soweit allgemeine Vorschriften über Inhalt und Form einer Kosten- und Investitionsplanung in Betracht kommen, war schon bisher davon ausgegangen, daß diese durch die Ermächtigung zum Erlaß von Rechnungs- und Buchführungspflichten mit gedeckt seien. Dem wird mit der klarstellenden Neufassung der bisherigen Ermächtigung im Rahmen des § 16 Abs. 2 Rechnung getragen. Zur Prüfung der Krankenhäuser der Länder und Kommunen hat der Bund nach Art. 109 GG keine Regelungsbefugnis.

47. Zu Art. 1 § 4 Nr. 9 Buchst. a (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG)

In Artikel 1 § 4 Nummer 9 Buchstabe a ist der einzufügende Satz 3 zu streichen.

Begründung:

Der bisher nach § 17 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung mögliche Gewinn- und Verlustausgleich ermöglicht es, bei der Vorkalkulation nicht erwartete Entwicklungen nachkalkulatorisch zu berücksichtigen, ohne daß kurzfristige Pflegesatzänderungen vorgenommen werden müssen. Mißbräuchliche Entwicklungen sind nicht beobachtet worden, zumal in der Praxis außerordentlich hohe Anforderungen an Rechnungswesen und sparsame Wirtschaftsführung der Krankenhäuser gestellt werden, die den Ausgleich in der Vergangenheit auf wenige Ausnahmefälle begrenzt haben. Es besteht deshalb kein Anlaß, von der bisherigen Regelung abzugehen. Laufzeiten für Pflegesätze sind abzulehnen, weil sie - insbesondere bei unerwarteten Entwicklungen - die erforderliche Flexibilität in der Pflegesatzgestaltung gefährden.

48. Zu Art. 1 § 4 Nr. 9 nach Buchst. b (§ 17 Abs. 4 KHG),  
Art. 1 § 4 Nr. 18 -neu- (§ 30 KHG),  
Art. 2 § 15

a) In Art. 1 § 4 Nr. 9 ist nach Buchst. b folgender neuer Buchst. b1 einzufügen:

"b1) In Absatz 4 Nr. 4 werden nach dem Wort "Einrichtungen" folgende Worte eingefügt:  
"mit Ausnahme der Aufwendungen der Ausbildungsstätten".

b) In Art. 1 § 4 ist nach Nr. 17 folgende neue Nr. 18 einzufügen:

"18. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Eingangs von Absatz 1 ist die Absatzbezeichnung "(1)" zu streichen.

b) Absatz 2 ist zu streichen."

c) In Art. 2 § 15 ist in Absatz 2 die Ziffer "17" durch die Ziffer "18" zu ersetzen."

Begründung zu a bis c:

Nach § 17 Abs. 4 Nr. 4 KHG in Verbindung mit § 30 Abs. 2 KHG ist es nur noch bis zum 31. Dez. 1981 möglich, die Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten bei der Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen. Von diesem Zeitpunkt an würden die Träger der Ausbildungsstätten die

gesamten Kosten allein tragen müssen. Diese Folge wäre insbesondere auch im Hinblick auf die schwierige Haushaltslage von Ländern und Gemeinden nicht vertretbar. Außerdem ist es erforderlich, Grundlagen zu schaffen, die den Betrieb der Ausbildungsstätten langfristig sichern. Bei der gegenwärtigen Rechtslage ist es nicht ausgeschlossen, daß dringend benötigte Einrichtungen im Hinblick auf die künftige ungewisse Entwicklung geschlossen werden.

Eine Berücksichtigung der Kosten der mit dem Krankenhaus verbundenen Ausbildungsstätten im Pflegesatz ist gerechtfertigt. Die Ausbildung ist mit der späteren Tätigkeit des Auszubildenden im Krankenhaus eng verknüpft. Im übrigen machen die Kosten der Ausbildungsstätten von den gesamten Selbstkosten der Krankenhäuser einen so geringen Anteil aus, daß mit einer Auswirkung auf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu rechnen ist.

9. Zu Art. 1 § 4 Nrn. 10 und 11 (§§ 18, 18a KHG)

In Art. 1 § 4 sind die Nummern 10 und 11 zu streichen.

Begründung:

Das von der Bundesregierung vorgeschlagene Vereinbarungs- und Schiedsstellenverfahren bringt gegenüber dem bisherigen behördlichen Pflegesatzfestsetzungsverfahren anstelle von Verbesserungen gravierende Nachteile, die die stationäre Krankenversorgung in ihren Grundlagen gefährden.

Nach dem derzeitigen, aus langjährigen speziellen Erfahrungen gewachsenen und eingespielten Pflegesatzverfahren werden die Pflegesätze der Krankenhäuser unter Beachtung exakter materieller und verfahrensrechtlicher Vorschriften von den zuständigen Landesbehörden festgelegt. Die Krankenhäuser und die hauptsächlichen Kostenträger sind in jeder Phase voll verfahrensbeteiligt; sie können insbesondere die Entscheidung der Pflegesatzbehörde einer unbeschränkten gerichtlichen Nachprüfung zuführen.

Die wichtigen öffentlichen Aufgaben des Krankenhauswesens können nicht, wie im Regierungsentwurf vorgesehen, primär den Vereinbarungen von Interessenten überlassen werden. Das hier ganz überwiegende öffentliche Interesse, das sich plastisch in den für die Krankenhaus-Investitionsförderung aufbrachten Milliardenbeträgen dokumentiert, fordert zwingend, die Finanzierung der Benutzerkosten durch Einwirkungen der öffentlichen Hand sicherzustellen. Die Auswirkungen der unter der Geltung der Verordnung Fk Nr. 7/54 faktisch weitestgehend verwirklicht gewesenen Autonomie der Beteiligten haben dies deutlich vor Augen geführt. Weiterhin muß berücksichtigt werden, daß sich auch in Einzelfragen die Interessen der Beteiligten häufig nicht mit den gesundheitspolitischen öffentlichen Interessen decken, daß schützenswerte Einzelinteressen (z.B. der Selbstzahler) nur durch die öffentliche Hand wirksam wahrgenommen werden können, daß die klärende und vermittelnde Tätigkeit der Behörden Übereinkünfte häufig erst ermöglicht und daß bei den Krankenhausentgelten im Gegensatz zur kassenärztlichen Versorgung angesichts der zugrundezulegenden Selbstkosten nur ein verhältnismäßig sehr enger fachlicher Entscheidungsspielraum bleibt.

Im Hinblick auf die Praktikabilität ist darauf hinzuweisen, daß die Krankenhausgesellschaften bei dem ihnen zur Zeit zur Verfügung stehenden Apparat nicht in der Lage sein dürften, die ihr zugeordneten Funktionen gleichgewichtig gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen zu erfüllen.

Auch in dem vorgesehenen schwerfälligen Schiedsverfahren ist das öffentliche Interesse nicht angemessen repräsentiert.

Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Lösung würde zudem unübersehbare Unsicherheiten erzeugen, die die Praxis empfindlich behindern würden. So müßte z.B. im Hinblick auf § 18 Abs. 3 i.d.F.d.E. die bisherige in den Ländern vorangetriebene Entwicklung von Maßstäben für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser von den Bundesverbänden völlig neu begonnen werden; falls eine Einigung unter den Bundesverbänden nicht zustande käme, würde ein dauerndes Vakuum bleiben. Die in § 18 Abs. 5 i.d.F.d.E. offenbar vorausgesetzten Laufzeitvereinbarungen für die Pflegesätze würden - insbesondere auch bei unerwarteten Entwicklungen - die erforderliche Flexibilität gefährden. Zu § 18 Abs. 6 i.d.F.d.E. sind die Einzelheiten des gerichtlichen Verfahrens, so z.B. der Umfang der gerichtlichen Nachprüfung, offen. § 18 Abs. 7 i.d.F.d.E. dehnt den Kreis der Kläger gegenüber bisher fast unbegrenzt aus, gefährdet dadurch die Rechtssicherheit und schafft verwaltungsprozessrechtliche Probleme. § 18 a Abs. 2 i.d.F.d.E. wirft durch die Verbindung der Schiedsstelle mit der Landesbehörde schwierige behördenorganisationsrechtliche Fragen auf. Auch fehlt eine Vorschrift, die es ermöglichen würde, die bei einem Inkrafttreten der neuen Regelung auftretenden Übergangsschwierigkeiten befriedigend zu bewältigen. Viele noch gar nicht erkannte Probleme würden hinzutreten.

Der Bundesrat wird aus diesen Gründen den vorgesehenen Änderungen nicht zustimmen. Er ist der Auffassung, daß das geltende Recht unter weitestmöglicher Mitwirkung der berührten Kreise den Anforderungen weitaus besser gerecht wird. Eine nachdrücklich aber kontinuierlich betriebene Entwicklung auf dieser Basis verspricht optimale Kostendämpfung. Insbesondere von den immer noch ausstehenden Einzelvorschriften über das Rechnungswesen der Krankenhäuser werden wichtige Impulse für bessere Wirtschaftlichkeit ausgehen. Entscheidende Verbesserungen werden sich bei strikter Anwendung des geltenden Pflegesatzrechts durch bessere Maßstäbe zur Beurteilung wirtschaftlicher Gesichtspunkte ergeben. Neben einer Vervollständigung des bereits vorhandenen Erfahrungswissens durch laufende Vermehrung und Vertiefung spezieller Prüfungen müssen dabei die bekannten Methoden koordiniert und allgemeingültige neue Methoden herausgearbeitet bzw. zu einem erheblichen Teil neu entwickelt werden. Die Länder haben hierbei erhebliche Anstrengungen unternommen, nicht zuletzt bei der Förderung und aktiven Mitarbeit an den derzeit laufenden umfangreichen Forschungsvorhaben.

So. Zu Art. 1 § 4 Nr. 15 (§ 26a KHG)

In Art. 1 § 4 ist die Nummer 15 zu streichen.

Begründung:

Folge des Änderungsvorschlags zu § 16 KHG.

51. Zu Art. 1 § 4 Nr. 16 (§ 27 Nr. 4 KHG)

In Artikel 1 § 4 Nummer 16 lauten die anzufügenden Worte wie folgt:

"welche Wirtschaftsgüter den einzelnen Arten von Wirtschaftsgütern und welche Kosten der Instandhaltung und der Instandsetzung oder der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterung) zuzuordnen sind."

Begründung:

Die im Entwurf vorgesehene Formulierung ist in sich widersprüchlich, denn Anlage- und Verbrauchsgüter sind auch Wirtschaftsgüter. Die vorgeschlagene Neufassung beseitigt diesen Widerspruch und dient darüberhinaus der Klarstellung.

52. Zu Art. 1 nach § 5

Die Bundesregierung wird gebeten, durch entsprechende Änderung des Bundessozialhilfegesetzes die Vorschriften über die vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG), Krankenhilfe (§ 37 BSHG), Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (§ 38 BSHG) und die Tuberkulosehilfe (§ 49 BSHG) den geänderten Vorschriften der RVO so anzupassen, daß die Leistungsrahmen bezüglich des Umfangs der Heilbehandlung und der Gewährung von Kuren übereinstimmen.

Der Gesetzentwurf des KVKG schränkt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen insbesondere auch bezüglich der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie der Gewährung von Kuren ein. Würden die entsprechenden Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes nicht in gleicher Weise angepaßt, müßte zukünftig der Sozialhilfeträger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufstocken, oder in Fällen Leistungen gewähren, die im Rahmen der RVO aus der Leistungspflicht ausgeschlossen sind. Dies wäre sachlich nicht gerechtfertigt.

+ + +