

Eckpunkte zur Fortführung der Dritten Stufe der Gesundheits- reform

1. Ausgangslage

Die vom Deutschen Bundestag beschlossenen zustimmungsbedürftigen Gesetze zur Dritten Stufe der Gesundheitsreform sind am Widerstand der SPD im Bundesrat gescheitert.

Die Koalition hält gleichwohl an ihrem Reformkonzept fest, um die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung durch Stärkung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung zu sichern.

Die erneut defizitäre Finanzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung im ersten Halbjahr 1996 verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf. Solide Finanzgrundlagen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Entwicklung und Überwindung der Beschäftigungsprobleme.

Deshalb sind folgende Maßnahmen vorgesehen, die in einem zustimmungsfreien Gesetzespaket umgesetzt werden sollen:

2. Ausweitung der Versichertenrechte

Mit der Einführung der freien Kassenwahl sind die Rechte der Versicherten in der GKV grundlegend verbessert worden. Sie werden durch folgende Maßnahmen weiter ausgebaut:

- Die Versicherten haben gegenüber den Leistungserbringern das Recht, über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und Kosten unterrichtet zu werden. Das Nähere regeln die jeweils maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene;
- alle Versicherten haben die Wahl zwischen Sachleistung und Kostenerstattung; die Kostenerstattung bleibt auf zugelassene Leistungserbringer beschränkt;
- Versicherte haben ein außerordentliches Recht auf Wahl einer anderen Gesetzlichen Krankenkasse, wenn ihre Krankenkasse die Beiträge erhöht.
- Der soziale Schutz chronisch Kranker wird im Rahmen der Härtefallregelung (Überforderungsklausel) verbessert. Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit länger als ein Jahr in Dauerbehandlung sind, reduziert

sich nach dem ersten Jahr die Obergrenze bei der Härtefallregelung von zwei auf ein Prozent.

3. Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung

3.1 Die Krankenkassen können in ihrer Satzung folgende Regelungen vorsehen:

- ▶ Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung mit entsprechender Beitragsermäßigung;
- ▶ Beitragsrückzahlung;
- ▶ Erhöhung bestehender Zuzahlungen; die Einführung neuer Zuzahlungen ist nicht zulässig.

3.2 Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Leistungen des geltenden Rechts erweitern und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie für bestimmte Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen und Kompressionsstrümpfe) einführen; die Beiträge für diese Leistungen sind von der Versicherungsgemeinschaft allein zu tragen. Diese Leistungen werden im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt.

3.3 Die Krankenkassen können außerdem folgende Leistungen durch Satzung nach Art und Inhalt gestalten (Gestaltungsleistungen):

- ▶ Häusliche Krankenpflege
- ▶ Fahrkosten mit Ausnahme von Flugrettung, Rettungswagen sowie Notarztwagen,
- ▶ Kuren und Rehabilitation (ausgenommen Anschlußrehabilitation und Mütterkuren),
- ▶ Heilmittel (außer Leistungen der ambulanten Anschlußrehabilitation),
- ▶ Auslandsleistungen (außer EG und Sozialversicherungsabkommen).

Damit wird das Volumen für die Gestaltung von Leistungen durch die Krankenkassen erheblich erweitert.

Diese Gestaltungsleistungen werden wie bisher solidarisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Sie werden im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Beitragssatzanhebungen aufgrund von Aufwendungen für diese Gestaltungsleistungen sind ausgeschlossen.

3.4 Alle festen DM-Beträge für Zuzahlungen werden in zwei Jahres-Schritten erstmals ab 1. 7. 1997 angepaßt; bei Arzneimitteln erfolgt die Anpassung erstmals am 1. 7. 1999. Die Anpassung folgt der Entwicklung der Durchschnittsentgelte der Sozialversicherten (Bezugsgröße) in den beiden vorangegangenen Jahren, wobei Pfennigbeträge auf den nächsthöheren durch 50 Pfennig teilbaren Betrag aufgerundet werden.

Die im Rahmen der Härtefallregelungen bisher geltenden Belastungsgrenzen von vier Prozent der Einnahmen zum Lebensunterhalt über der Beitragsbemessungsgrenze werden auf zwei Prozent abgesenkt.

4. Vertragsgestaltung

Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer Aufgabensstellung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- a) neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie
- b) neue Leistungen der Krankenbehandlung und -pflege, der Rehabilitation und Prävention

in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben. Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten, ihre Ergebnisse sind auszuwerten.

Ziel und Ausgestaltung der Modellvorhaben regeln die Krankenkassen in ihrer Satzung. Modellvorhaben für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und für die stationäre Versorgung vereinbaren die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder den Krankenhausträgern bzw. Krankenhausgesellschaften. Die Teilnahme von Versicherten und Leistungserbringern an diesen Modellvorhaben ist freiwillig.

Eine Erprobung medizinischer Verfahren, die von den Bundesausschüssen abgelehnt worden sind, ist nicht zulässig. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Bewertung von Modellvorhaben sind den Bundesausschüssen zur Ver-

fügung zu stellen. Die Bundesausschüsse entscheiden über die Übernahme der erprobten medizinischen Verfahren in die Regelversorgung.

Bei der Durchführung von Modellvorhaben darf nur von den Vorschriften des Vierten Kapitels SGB V, des KHG und den nach diesen getroffenen Regelungen abgewichen werden.

5. Beiträge

Die Krankenkassen verfügen über genügend rechtliche Möglichkeiten, um eine wirtschaftliche Mittelverwendung und Beitragsstabilität zu gewährleisten. Sie werden durch dieses Reformpaket noch einmal deutlich ausgeweitet. Hebt eine Krankenkasse dennoch ihren Beitragssatz an, wird kraft Gesetzes jede Zuzahlung für Versicherte dieser Krankenkasse entsprechend erhöht.

Bei einer Beitragsanhebung um beispielsweise 0,1 Prozent-Punkt werden in DM ausgedrückte Zuzahlungen um eine Mark und in Prozentpunkten ausgedrückte Zuzahlungen um einen-Prozent-Punkt erhöht; höhere Beitragsanhebungen führen zu entsprechend höheren Anhebungen der Zuzahlungen.

6. Reform der zahnmedizinischen Versorgung

Es wird ein gesondertes Gesetz zur Reform der zahnmedizinischen Versorgung mit folgendem Inhalt eingebracht.

6.1 Die Zahnprophylaxe für Schwangere und Kleinstkinder wird verbessert. Die Individualprophylaxe ab dem 18. Lebensjahr wird als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

6.2 Die geltenden prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz werden in Festzuschüsse umgewandelt. Diese werden auf der Basis des geltenden zahnmedizinischen Niveaus (Zahnersatz-Richtlinien) festgelegt. Festzuschüsse sind auch für Brücken festzulegen.

Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen legt die Einzelleistungen zu den Festzuschüssen fest. Die GKV-Spitzenverbände legen gemeinsam und einheitlich den Geldbetrag für den jeweiligen Festzuschuß fest; sie können ihn weiterentwickeln.

Die Abrechnung der Zahnersatzleistungen erfolgt im Wege der direkten Kostenerstattung zwischen Vertragszahnarzt und Versicherten auf der Basis der GOZ. Bei der Festsetzung der Festzuschüsse für die ersten zwei Jahre nach Festsetzung aller Festzuschüsse ist der Rechnungsstellung ein GOZ-Faktor von 1,7 für die alten Bundesländer und von 1,76 für die neuen Bundesländer zugrunde zu legen.

Bei regelmäßiger Prophylaxe wird der Festzuschuß um 10 bzw. 20 Prozent erhöht. Für Härtefälle gilt der doppelte Festzuschuß auf der Basis des 1,7-fachen bzw. 1,76fachen GOZ-Faktors ohne zeitliche Begrenzung. Die derzeit geltende Härtefallregelung (Überforderungsklausel) ist für die Festzuschüsse nicht mehr sachgerecht und wird deshalb durch eine adäquate Regelung ersetzt.

6.3 Aus dem geltenden Leistungskatalog werden die Keramikverblendungen herausgenommen, um die Mehrausgaben für die Verbesserung der Zahnprophylaxe zu finanzieren.

6.4 Im Interesse der Deregulierung und Rechtsvereinfachung werden die Vorschriften über

- ▶ die Degression (§ 85 Abs. 4b bis 4f SGB V)
- ▶ das Bundesleistungsverzeichnis und die zahntechnischen Vergütungen (§ 88 SGB V)
- ▶ die Schiedsämter für zahntechnische Leistungen (§ 88 Abs. 7 und 8 SGB V)
- ▶ die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen (§ 106 Abs. 3 Satz 5 SGB V) und
- ▶ Angaben zur Ausstattung von praxiseigenen Labors (§ 135 Abs. 5 SGB V)

gestrichen.

7. Psychotherapeutengesetz

Am berufsrechtlichen Teil des Entwurfes eines Psychotherapeutengesetzes wird festgehalten. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird eine – zustimmungsfreie – sozialrechtliche Lösung angestrebt, die Voraussetzung dafür ist, daß der berufsrechtliche Teil ins parlamentarische Verfahren gegeben wird.

8. Stationäre Versorgung

8.1 Pflege-Personalregelung

Die Pflege-Personalregelung wird aufgehoben. Damit wird die Entwicklung von Maßstäben und Grundsätzen für die Personalbemessung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt. Die weitere Anwendung der Pflege-Personalregelung durch die Selbstverwaltung ist damit grundsätzlich möglich.

8.2 Instandhaltungsaufwendungen

Mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird auf eine Lösung zur Finanzierung von Instandhaltungsaufwendungen hingewirkt, die nicht zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der GKV führt.

8.3 Finanzierung Krankenhausbetrieb

Die Krankenhausbudgets (allgemeine Kostensteigerungen) und die Preise der Fallpauschalen und Sonderentgelte entwickeln sich maximal wie die Grundlohnrate (Obergrenze). Diese wird für das Jahr 1997 mit 1,3 Prozent gesetzlich vorgegeben. Für 1998 und die folgenden Jahre wird die Grundlohnrate von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbart.

Für medizinische Kapazitätsausweitungen aufgrund der Krankenhausplanung, die 1997 erstmals genehmigt wurden, folgt die Krankenversicherung der Krankenhausplanung.

Leistungsmengenveränderungen werden prospektiv zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen auf der Grundlage der BPFIV vereinbart.

In einem Geschäftsjahr entstehende Mindererlöse im Bereich der Budgetleistungen werden zu 50 Prozent ausgeglichen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird die letztmalig 1997 geltende Quote (50 Prozent) beibehalten.

Mehrleistungen in einem Geschäftsjahr im Bereich der Budgetleistungen werden zu 12,5 Prozent, bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten zu 25 Prozent vergütet.

8.4 Fallpauschal- und Sonderentgeltkataloge

Die Fallpauschal- und Sonderentgeltkataloge werden den Spitzenverbänden auf der Bundesebene mit dem Ziel übertragen, das Entgeltsystem zügig fortzuentwickeln und auszubauen.

8.5 Großgeräteplanung

Die gesetzlichen Regelungen (§ 122 SGB V/§ 10 KHG) über die Großgeräteplanung werden aufgehoben.