

15.12.88

Antrag

der Länder Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

zum

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Punkt 7 der 596. Sitzung des Bundesrates am 16. Dezember 1988

Der Bundesrat möge beschließen:

Ausgeliefert am 15. DEZ. 1988

- 2 -

Der Bundesrat ruft zu dem Gesetz den Vermittlungsausschuß gem. Art. 77 Abs. 2 des Grundgesetzes an mit folgenden Zielen:

1. Der Art. 1 § 30 wird wie folgt gefaßt:

§ 30

Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. 40 v.H. der Kosten für zahntechnische Leistungen hat der Versicherte selbst zu tragen.

(2) Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Zahnärzte erstellt im Einvernehmen mit dem Bundesinnungsverband des Zahn-technikerhandwerkes für typische Indikationen Standardlösungen für eine funktionell und kosmetisch angemessene und quantitativ einwandfreie Versorgung mit Zahnersatz. Wählt der Versicherte eine Versorgung, die über den Standard hinausgeht, so hat er die Mehrkosten zu tragen. Kassenzahnarzt und Versicherter haben hierüber eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

(3) Ist eine angemessene Versorgung des Versicherten mit Zahnersatz durch die Standardlösung im Einzelfall nicht möglich, so hat der Kassenarzt dies gegenüber der Krankenkasse schriftlich zu begründen und einen anderen Versorgungsvorschlag zu unterbreiten. Die Krankenkasse soll den medizinischen Dienst einschalten, bevor sie diesen Vorschlag genehmigt.

(4) Die nach Abs. 2 vereinbarten Standardlösungen sind den Erkenntnissen der zahnmedizinischen Wissenschaft und Forschung anzupassen.

(5) Kommt eine Vereinbarung nach Abs. 2 nicht binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, so legt

der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Standards durch Rechtsverordnung fest.

Begründung:

Die im GRG-Entwurf vorgesehene Zuzahlung von 50 % bzw. 40 % der Kosten für Zahnersatzbehandlung stellt eine unvertretbar hohe finanzielle Belastung der Patienten dar. Versicherte, die nicht in der Lage sind, die häufig mehr als 1.000,-- DM betragenden Zuzahlungen zu leisten, werden faktisch von Zahnersatzleistungen ausgegrenzt. Daran ändert auch die Härtefallregelung nichts, die nur für Versicherte unterhalb der Armutsgrenze gilt. Die sogenannte "Überforderungsklausel" (§ 70), wonach die Zuzahlungen 2 % des Einkommens nicht überschreiten sollen, soll hier nicht gelten. Deshalb werden auch Versicherte mit einem durchschnittlichen Einkommen unzumutbar belastet.

2. Auf Art. 1 § 30 folgt § 30 a mit folgenden Wortlaut:

§ 30 a
Härtefälle

Haben Versicherte die Kosten für kieferorthopädische Behandlung oder Zahnersatz anteilig selbst zu tragen, so ist ganz oder teilweise davon abzusehen, wenn ein Härtefall vorliegt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam zu vereinbaren, unter welchen Bedingungen auf die Zahlung der Versicherten ganz oder teilweise verzichtet wird. Kommen die Vereinbarungen nicht zustande, trifft der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Festlegung.

Begründung:

Die Härtefallregelungen nach den §§ 69 und 70 stellen keinen Ausgleich für soziale Härten dar. Im Gegenteil, sie schaffen neue Probleme, da sie Versicherte von Leistungen der GKV faktisch ausgrenzen:

- Nach § 69 gelten nur die Versicherten als Härtefälle, die von bestimmten Zuzahlungen befreit sind, deren Bruttoeinkommen 40 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreitet (1989: 1.260,-- DM). Es ist nicht einsichtig, daß jemand mit einem Einkommen von 1.260,-- DM als Härtefall gilt, ein Versicherter mit einem Einkommen von 1.261,-- DM hingegen nicht.
- Die "Überforderungsklausel" (§ 70), wonach die Zuzahlungen insgesamt 2 % des Einkommens nicht überschreiten sollen, gilt nicht für Zahnersatz.

3. Im Art. 1 § 31 werden die Abs. 2 und 3 ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Das in Abs. 2 vorgesehene Konzept der Festbeträge ist nicht geeignet, die Probleme der Arzneimittelversorgung zu lösen.

Die in Abs. 3 Satz 1 vorgesehene Erhöhung der Rezeptblattgebühr von 2,-- DM auf 3,-- DM je Verordnung wird in besonderem Maße und völlig unzumutbar chronisch Kranke belasten; sie wird gesundheitspolitischen Schaden anrichten. Diese Regelung ist zudem unter gesundheitsökonomischen Aspekten widersinnig, da sie zur Verordnung großer Packungsgrößen verleitet.

Auch die in Abs. 3 Satz 2 vorgesehene Zuzahlung von 15 % bzw. maximal 15,-- DM je Mittel für den Zeitraum ab 1.1.1992 bedeutet eine unzumutbare Belastung sozial Schwacher sowie chronisch Kranker. Unter den patentgeschützten bzw. in ihrer Wirkungsweise neuartigen sowie therapeutisch verbesserten Arzneimitteln, für die diese Zuzahlungsregelung gelten wird, befinden sich u.a. wichtige Krebspräparate. Derartige Zuzahlungen werden von der Bundesregierung gesundheitspolitisch damit gerechtfertigt, daß sie den Versicherten einen Anreiz zu sparsamer Inanspruchnahme von Leistungen geben sollen. Den Versicherten wird damit eine umfassendere Information und ein größeres Entscheidungsvermögen abverlangt als den Arzneimittelfachleuten der Krankenkassen und der Kassenärzte. Diese waren in ihren Verhandlungen über Festbeträge für die in Frage kommenden Medikamente nicht in der Lage, angemessene Preise zu definieren.

4. Artikel 1 § 32 wird wie folgt gefaßt:

§ 32

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln soweit diese nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

Begründung:

Die Zuzahlung von 10 % zu den Kosten von Heilmitteln bedeutet eine nicht vertretbare Belastung chronisch Kranker. Diese Regelung ist auch unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten abzulehnen. Sie richtet sich vor allem gegen wirksame und bewährte Behandlungsformen wie Krankengymnastik und Massage, die

angesichts der deutlichen Zunahme von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes immer größere Bedeutung erlangen.

5. Artikel 1 § 33 wird wie folgt gefaßt:

§ 33

Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 3 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Wählt der Versicherte ein aufwendigeres Hilfsmittel als notwendig, hat er die Mehrkosten zu tragen.

(2) Bevor die Krankenkasse ein Hilfsmittel bewilligt, kann sie den Medizinischen Dienst in geeigneten Fällen beauftragen, den Versicherten zu beraten. Der Medizinische Dienst hat dabei mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten.

(3) Die Kosten von Kontaktlinsen übernimmt die Krankenkasse höchstens bis zu dem Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte, es sei denn, die Kontaktlinsen sind aus medizinischen Gründen erforderlich; in diesem Falle trägt die Krankenkasse die vollen Kosten. Der Bundesausschuß der Krankenkassen und Ärzte regelt Näheres in Richtlinien nach § 100.

(4) Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, bei gleichbleibender Sehfähigkeit nur, wenn seit dem Tag der letzten Lieferung mindestens drei Jahre vergangen sind.

(5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

Begründung:

Das in § 33 GRG vorgesehene Festbetragskonzept ist im Bereich der Hilfsmittel nur bedingt einsetzbar. Die Einschränkungen bei Sehhilfen sind unter sozialen Gesichtspunkten nicht zu rechtfertigen.

6. Auf Art. 1 § 33 folgt § 33 a mit folgendem Wortlaut:

§ 33 a

Gebühren, Härtefälle

(1) Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, zahlen als Gebühren bei der Abnahme

1. von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel zwei Deutsche Mark,
2. von Heilmitteln vier Deutsche Mark,
3. von Brillen vier Deutsche Mark,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle. Dies gilt auch für die Instandsetzung von Heilmitteln und Brillen.

(2) Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung zu befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen hierüber gemeinsam Vereinbarungen.

Begründung:

Statt der im GRG vorgesehenen Zuzahlungsregelungen bzw. Festbeträge bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sollen die bestehenden Verordnungsgebühren beibehalten werden. Entsprechendes gilt für die Härtefallregelungen.

7. Artikel 1, § 35 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Festbeträge lösen die Probleme der Arzneimitterversorgung nicht. Sie können nach Auffassung der meisten Fachleute nur für maximal 50 % des über die gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Arzneimittelmarktes zum Tragen kommen.

8. In Art. 1, § 38 werden die Abs. 3 und 4 ersatzlos gestrichen; Abs. 5 wird Abs. 3.

Begründung:

1. Die in Abs. 3 geforderte Preisvergleichsliste ist gegenwärtig kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der stationären Versorgung. Diese Listen schaffen nur scheinbare Leistungstransparenz, da sie die Qualität der erbrachten Leistungen nicht messen können. Ein reiner Vergleich von Pflegesätzen sagt nichts über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser aus.
 2. Die Erhöhung der Zuzahlung zu den Kosten für stationäre Behandlung von 5,-- DM auf 10,-- DM je Tag in den ersten 14 Behandlungstagen hat noch nicht einmal ansatzweise einen wirtschaftlichen, geschweige denn gesundheitspolitischen Sinn. Im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung wurde dieser von den Koalitionsparteien dort durchgesetzte Antrag lediglich mit dem Finanzbedarf in der Pflege begründet. Demnach werden die Bedürfnisse von Schwerkranken und Schwerpflegebedürftigen gegeneinander ausgespielt. Die Regelung dient ganz offensichtlich nicht der Kostendämpfung, sondern der Kostenverlagerung zu Lasten von Patienten, die unzweifelhaft der Solidarleistungen der GKV bedürfen.
9. Der VI. Abschnitt des 3. Kapitels "Leistungen bei Schwerpflegebedürftigen" wird gestrichen.

Begründung:

Die Pflegebedürftigkeit gehört zu den allgemeinen Lebensrisiken und damit nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen davon sind die vorgesehenen Leistungen in keiner Weise geeignet, das Pflegeproblem zu lösen. Die An-

gehörigen von Schwerpflegebedürftigen werden weiterhin die finanzielle Hauptlast zu tragen haben, da die vorgesehenen Beträge bei weitem nicht kostendeckend sind. Vor allem aber fehlt ein abgestuftes Konzept der Pflege, das die unterschiedlichen Grade von Behinderung berücksichtigt.

Hinzu kommt, daß selbst dieses äußerst eingeschränkte Leistungspaket unsolide finanziert ist. Fast alle Fachleute halten die von der Bundesregierung aufgestellte Kalkulation, die Pflegeleistungen mit 5,1 Mrd. DM finanzieren zu können, für fahrlässig. Hier liegt der Keim für ein weiteres Kostendämpfungsgesetz in den nächsten Jahren.

Das Pflegeproblem ist nur durch ein eigenständiges Leistungsgesetz zu lösen, das im wesentlichen folgende Punkte enthalten muß (vgl. den von der SPD-Bundestagsfraktion in die GRG-Beratungen des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung eingebrachten Ergänzungsantrag zum GRG; Ausschußdrucksache 824/4, S. 7 ff.):

- Definition des Personenkreises der Pflegebedürftigen sowie der Pflegepersonen.
- Abstufung des Grades der Pflegebedürftigkeit in "erheblich", "außergewöhnlich" und "schwerstpflegebedürftige" Personen.
- Betonung des Vorranges häuslicher Pflege.
- Entsprechend der Abstufung der Pflegebedürftigkeit wird ein monatliches Pflegegeld gezahlt (z.B. 220,-- DM bzw. 440,-- DM bzw. 550,-- DM). Diese Beträge sind den Regelungen in der Rentenversicherung entsprechen zu dynamisieren.

- 11 -

- Für Pflegepersonen, die wegen der Pflege von Pflegebedürftigen nicht erwerbstätig sein können, wird eine Alterssicherung eingerichtet.
- Den Pflegebedürftigen wird Beratung und Hilfe in der Bewältigung ihres Alltages gewährt.
- Träger der Pflegeleistungen sind die Kreise und kreisfreien Städte, die örtliche Bedarfspläne zu erstellen haben.
- Die Aufwendungen für Geldleistungen nach diesem Gesetz trägt der Bund (BMJFFG).

10. Artikel 1, 3. Kapitel, IX. Abschnitt erhält folgende Fassung:

IX. Abschnitt
Fahrtkosten

§ 68
Reisekosten

(1) Die im Zusammenhang mit der Gewährung einer Leistung der Krankenkasse erforderlichen Fahrt-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie die Kosten des erforderlichen Gepäcktransportes werden für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson übernommen.

(2) Absatz 1 gilt für Fahrtkosten nur, soweit sie je einfache Fahrt mehr als 5,-- DM betragen. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

(3) Erkrankt ein Versicherter außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzbuches, so kann die Krankenkasse die Kosten des Rücktransportes übernehmen, wenn eine den allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung am Ort der Erkrankung nicht möglich ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen hierüber eine gemeinsame bundeseinheitliche Vereinbarung.

Begründung:

Die im § 68 vorgesehene ersatzlose Streichung der Übernahme von Fahrtkosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung und die Zuzahlung von 20,-- DM zu Fahrtkosten bei stationärer Behandlung sowie beim Transport in Rettungsfahrzeugen trifft vor allem Gehbehinderte und Bewohner ländlicher Regionen. Dies verletzt den Grundsatz der Chancengleichheit. Gesundheitsökonomisch läuft diese Regelung dem angestrebten Vorrang einer weitgehend ambulanten Versorgung direkt zuwider und wird zu unnötigen und teureren Hausbesuchen sowie Krankenhausaufenthalten führen. Statt einer Kostendämpfung wird lediglich Kostenverlagerung mit einer Tendenz zur Kostensteigerung die Folge sein.

11. Artikel 1, 3. Kapitel, X. Abschnitt wird gestrichen.

Begründung:

Die Härtefallregelungen in den §§ 69 und 70 dienen nicht der Vermeidung sozialer Benachteiligung, sondern sie fordern die Ausgrenzung vieler Versicherter von Leistungen der GKV. Es ist nicht begründbar, weshalb ein Versicherter mit einem Einkommen von 1.261,-- DM von Zuzahlungen nicht befreit wird, nur weil

sein Einkommen um 1,-- DM über der in § 69 definierten Härtefallgrenze liegt. Die "Überforderungsklausel" in § 70 gilt nicht bei Zahnersatzleistungen, wo die Zuzahlungen besonders hoch sind. Abgesehen von diesen speziellen Ablehnungsgründen erübrigen sich diese Härtefallregelungen, wenn man auf die Zuzahlungen in der geplanten Form verzichtet.

12. Artikel 1, § 73 wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die Beitragsrückerstattung widerspricht den Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung; sie wird die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken im Kern treffen. Die für Beitragsrückerstattung in Frage kommenden Versicherten verursachen erfahrungsgemäß relativ geringe Leistungsausgaben. Den Krankenkassen werden durch die Beitragsrückerstattung Finanzmittel entzogen, ohne daß sich im gleichen Maß auch die Leistungsausgaben verringern. Die zwangsläufige Folge sind Beitragserhöhungen. Auch der Verwaltungsaufwand zur praktischen Durchführung dieser Regelung wird erhebliche zusätzliche Mehrkosten verursachen.

13. Artikel 1, § 275 Abs. 1 und § 276 Abs. 1 werden wie folgt geändert:

1. § 275 Abs. 1

Die Zahl "10" wird durch die Zahl "5" ersetzt.

2. § 276 Abs. 1

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefaßt
"Finanzausgleich auf Spitzenverbandsebene bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen"
- b) In Satz 1 werden die Worte "können" und "vorsehen" durch die Worte "haben" und "vorzusehen" ersetzt.
- c) In Satz 2 wird die Zahl "12,5" durch die Zahl "5" ersetzt.
- d) Nach Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: "bei Landesverbänden mit nur einer Mitgliedskasse ist das Ausgleichsverfahren über den Spitzenverband unmittelbar durchzuführen."
- e) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
"Die über den Finanzausgleich auf Landesverbandsebene nach § 275 gezahlten Beträge sind anzurechnen."
- f) In Satz 5 wird das Wort "sechszig" durch das Wort "zwölf" ersetzt.

Begründung:

Um die fortschreitenden Verwerfungen im GKV-System aufzuhalten, sind bis zum Inkrafttreten der noch zu erarbeitenden Organisationsreform der GKV Überbrückungsmaßnahmen erforderlich. Die aktuellen Beitragssatzspannen in der GKV sind weder mit dem Gleichheitssatz noch mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes zu vereinbaren. Vor allem die Situation der AOK wird sich in vielen Regionen so drastisch verschärfen, daß die öko-

nomischen Folgen (sozial und betriebswirtschaftlich nicht mehr hinnehmbare Beitragssatzsteigerungen) kurzfristig gesetzgeberische Interventionen erzwingen werden. Schon jetzt ist absehbar, daß die Selbstverwaltungsorgane die politische Verantwortung für die erwartbaren Beitragssatzsteigerungen auf die zuständigen Minister und Senatoren der Länder überwälzen werden.

Die vorgeschlagenen Änderungen der §§ 275 und 276 können die Probleme der GKV zwar nicht endgültig lösen, sie schaffen aber eine Atempause für die zur Zeit benachteiligten Krankenkassen.

14. In Artikel 1 (SGB) § 5 Abs. 1 Nr. 9 werden die Worte "vierzehnten" durch die Worte "sechzehnten" ersetzt; die Worte "längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres", "oder nach Vollendung des 30. Lebensjahres" sowie "die Überschreitung der Altersgrenze oder" werden gestrichen.

Begründung:

Die Auswirkungen würden auf ein vertretbares Maß gemindert, wenn die Höchstgrenze auf 16 Fachsemester, jedoch ohne Altershöchstgrenze, festgesetzt wird. Eine Altershöchstgrenze ist bei der gegenwärtigen Entwicklung bei der Studenten in großem Umfang zunächst eine Berufsausbildung abschließen und dann mit dem Studium beginnen, nicht vertretbar. Die Ausnahme, die das Gesetz vorsieht, lösen überdies einen erheblichen Arbeitsaufwand aus. Die Einführung einer Altershöchstgrenze sollte daher ganz entfallen.

15. In Artikel 56 Abs. 6 sind die Worte "Dauer des Wintersemesters 1988/89, längstens bis zum 31. März 1989", durch die Worte "Dauer des Studiums bis zum Ende des Sommersemesters 1990" zu ersetzen.

Begründung:

Den betroffenen Studenten muß in jedem Fall eine angemessene Übergangsfrist gewährt werden, damit sie ihr Studium einschließlich Prüfungen, die sie in Unkenntnis der jetzt eintretenden Nachteile bisher ohne zeitliche Beschränkung absolviert haben, beschleunigt zu Ende zu führen. Dafür ist eine Übergangszeit bis zum Wintersemester 1990/91 erforderlich.