

02.02.90

AS - Fz - G - In

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

A. Zielsetzung

1. Anpassung der Versorgungsbezüge nach dem Bundesversorgungsgesetz entsprechend § 56 um den Vomhundertsatz, um den sich die verfügbaren Renten aus der Arbeiterrentenversicherung verändern
2. Gesetzliche Ausgestaltung der Versorgung für Deutsche mit Wohnsitz in Ost- oder Südosteuropa unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts
3. Regelung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung
4. Regelung des Verfahrens für Leistungen bei Krankheit an Aussiedler und Übersiedler

Fristablauf: 16.03.90

- 2 -

65/90

Bundesrat

Drucksache 65/90

02.02.90

AS - F2 - 6 - In

B. Lösung

Zu 1.

Anhebung der in § 56 des Bundesversorgungsgesetzes näher bestimmten Leistungen und des Bemessungsbetrages um 3,3 v.H.*)

Zu 2.

Nähere Regelung der bisher in Richtlinien festgelegten Teilversorgung Deutscher in Ost- oder Süsteuropa im Bundesversorgungsgesetz

Zu 3.

Übernahme von Leistungen zur künstlichen Befruchtung in das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

Zu 4.

Übernahme der in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Regelung durch Verpflichtung der Aussiedler und Übersiedler, dem Leistungserbringer die Anspruchsberechtigung durch Vorlage eines Berechtigungsscheines der Krankenkasse nachzuweisen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Im Haushaltsjahr 1990 ergeben sich durch die Anpassung der Versorgungsbezüge Mehraufwendungen zu Lasten des Bundes in Höhe von 143,3 Mio DM, durch die Regelungen zur Versorgung Deutscher in Ost- und Süsteuropa Mehraufwendungen in Höhe von 6,6 Mio DM (insgesamt 149,9 Mio DM). Die Auswirkungen dieses Entwurfs auf die Folgejahre 1991 bis 1993 betragen in Mio DM:

1991	1992	1993
287	273	260

*) Der endgültige Anpassungssatz kann erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens festgelegt werden, wenn weitere Daten zur Entgeltentwicklung im Jahre 1989 vorliegen.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften
(KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

121 (311) - 820 00 - Bu 100/90

An den

Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Fristablauf: 16.03.90

J. F. F.

Entwurf
eines Gesetzes
über die neunzehnte Anpassung der Leistungen
nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur
Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften
(KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

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

Artikel 1

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch wird wie folgt geändert:

1. In § 14 wird die Zahl "209" durch die Zahl "216" ersetzt.
2. In § 15 wird in Satz 1 die Bezeichnung "26 bis 171" durch die Bezeichnung "27 bis 176" und in Satz 2 die Zahl "2,623" durch die Zahl "2,710" ersetzt.
3. In § 19 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Rehabilitations-einrichtung," die Worte "medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft," eingefügt.
4. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

"Meldet eine Krankenkasse nach Satz 1 einen Anspruch vorläufig an, macht sie ihn auch geltend im Sinne von § 111 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Krankenkasse kann Erstattungen nach den §§ 19 und 20 auch unterhalb des in § 110 Satz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages verlangen, wenn der Gesamtbetrag des Kostenachweises diesen Betrag erreicht."

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort "Rückerstattungsansprüche" werden die Worte "nach § 112 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch" eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Im Übrigen gilt § 113 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch."

5. § 25 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 Nr. 3 werden nach dem Wort "gelten," die Worte "und seine Pflegekinder im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Bundeskindergeldgesetzes," angefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

"Kinder gelten nach Satz 2 Nr. 2 und 3 über die Vollendung des 18. Lebensjahrs hinaus als Familienmitglieder, wenn sie mit dem Beschädigten in häuslicher Gemeinschaft leben oder die Voraussetzungen des § 33 b Abs. 4 Satz 2 bis 7 erfüllen."

6. § 26 c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 wird in Satz 1 die Zahl "315" durch die Zahl "325" und in Satz 2 die Zahl "856" durch die Zahl "884" ersetzt.

b) Es wird folgender Absatz angefügt:

"(9) Bei der Hilfe zur Pflege für ein Kind, das sein 21. Lebensjahr vollendet hat, soll davon abgesehen werden, Einkommen und Vermögen des Beschädigten einzusetzen."

7. In § 27 d wird folgender Absatz angefügt:

"(7) Bei der Eingliederungshilfe für ein behindertes Kind gilt § 26 c Abs. 9 entsprechend."

8. In § 30 Abs. 7 Satz 2 werden die Zahl "390" durch die Zahl "403", die Zahl "612" durch die Zahl "632" und die Zahl "921" durch die Zahl "951" ersetzt.

9. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Beschädigte erhalten eine monatliche Grundrente bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit

um 30 vom Hundert	von 181 Deutsche Mark,
um 40 vom Hundert	von 246 Deutsche Mark,
um 50 vom Hundert	von 333 Deutsche Mark,
um 60 vom Hundert	von 421 Deutsche Mark,
um 70 vom Hundert	von 582 Deutsche Mark,
um 80 vom Hundert	von 705 Deutsche Mark,
um 90 vom Hundert	von 844 Deutsche Mark,
bei Erwerbsunfähigkeit	von 951 Deutsche Mark.

Die Grundrente erhöht sich für Schwerbeschädigte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, um 36 Deutsche Mark."

b) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Erwerbsunfähige Beschädigte, die durch die anerkannten Schädigungsfolgen gesundheitlich außergewöhnlich betroffen

sind, erhalten eine monatliche Schwerstbeschäftigtenzulage, die in folgenden Stufen gewährt wird:

Stufe I	109 Deutsche Mark,
Stufe II	223 Deutsche Mark,
Stufe III	338 Deutsche Mark,
Stufe IV	450 Deutsche Mark,
Stufe V	561 Deutsche Mark,
Stufe VI	676 Deutsche Mark."

10. § 32 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die volle Ausgleichsrente beträgt monatlich bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit

um 50 oder 60 vom Hundert	582 Deutsche Mark,
um 70 oder 80 vom Hundert	705 Deutsche Mark,
um 90 vom Hundert	844 Deutsche Mark,
bei Erwerbsunfähigkeit	951 Deutsche Mark."

11. In § 33 Abs. 1 Satz 2 Buchstabe a wird die Zahl "33793" durch die Zahl "34908" ersetzt.

12. In § 33 a Abs. 1 Satz 1 wird die Zahl "101" durch die Zahl "104" ersetzt.

13. In § 35 Abs. 1 werden in Satz 1 die Zahl "390" durch die Zahl "403" und in Satz 2 die Worte "663, 940, 1211, 1570 oder 1935 Deutsche Mark" durch die Worte "685, 971, 1251, 1622 oder 1999 Deutsche Mark" ersetzt.

14. In § 36 werden in Absatz 1 Satz 2 die Zahl "2220" durch die Zahl "2293" und die Zahl "1111" durch die Zahl "1148" und in Absatz 3 die Zahl "2220" durch die Zahl "2293" ersetzt.

15. In § 40 wird die Zahl "551" durch die Zahl "569" ersetzt.

16. In § 41 Abs. 2 wird die Zahl "551" durch die Zahl "569" ersetzt.

17. In § 46 werden die Zahl "155" durch die Zahl "160" und die Zahl "291" durch die Zahl "301" ersetzt.

18. In § 47 Abs. 1 werden die Zahl "271" durch die Zahl "280" und die Zahl "379" durch die Zahl "392" ersetzt.

19. § 51 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Zahl "682" durch die Zahl "705" und die Zahl "463" durch die Zahl "478" ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Zahl "137" durch die Zahl "142" und die Zahl "101" durch die Zahl "104" ersetzt.

c) In Absatz 3 werden die Zahl "423" durch die Zahl "437" und die Zahl "308" durch die Zahl "318" ersetzt.

20. In § 53 Satz 2 werden die Zahl "2220" durch die Zahl "2293" und die Zahl "1111" durch die Zahl "1148" ersetzt.

21. § 64 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

"Die Leistungen können mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, wenn

1. der Leistungszweck nicht erreicht werden kann, insbesondere der fremde Staat Renten nach diesem Gesetz auf eigene Renten ganz oder teilweise anrechnet, oder
2. in der Person des Berechtigten ein von ihm zu vertretender wichtiger Grund, insbesondere eine gegen die Bundesrepublik Deutschland gerichtete Handlung des Berechtigten, vorliegt."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 4 werden nach dem Wort "Gründen" die Worte
", insbesondere unter den in Absatz 1 Satz 2 genannten
Voraussetzungen," eingefügt.
- bb) Satz 5 wird wie folgt gefaßt:
"§ 64 c Abs. 5, §§ 64 d und 64 f Abs. 1 und 2 gelten
entsprechend."

22. § 64 a wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:

"(2) Versorgungskrankengeld, Beihilfe nach § 17, Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die nicht Folge einer Schädigung sind, Krankenbehandlung und Leistungen nach § 10 Abs. 6 Satz 1 und § 11 Abs. 4 sind ausgeschlossen, soweit sie nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht werden können. Anstelle der nach Satz 1 ausgeschlossenen Leistungen kann eine Zuwendung bis zur zweifachen Höhe der Leistungen gegeben werden, die der Versorgungsberechtigte im Geltungsbereich dieses Gesetzes erhalten könnte; die Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel können in voller Höhe ersetzt werden.

(3) Für Kurmaßnahmen werden Kosten nur erstattet und Zuwendungen nur gegeben, wenn die zuständige Verwaltungsbehörde der Maßnahme vorher zugestimmt hat. Leistungen für Versehrtenleibesübungen außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes sind ausgeschlossen."

b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Bezeichnung "Absatz 3" durch die Bezeichnung "Absatz 2" ersetzt.

23. § 64 e wird wie folgt gefaßt:

"§ 64 e

(1) Kriegsoffer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem durch Rechtsverordnung nach Absatz 5 bestimmten Staat haben, erhalten eine Teilversorgung nach den Absätzen 2 bis 4. Im übrigen ruht der Anspruch auf Versorgung.

(2) Die Teilversorgung umfaßt Grundrente einschließlich der Abfindung nach § 44 Abs. 1, Schwerstbeschädigtenzulage, Pflegezulage, Elternrente und Bestattungsgeld in Höhe eines Drittels der sich aus den §§ 31, 35, 36, 40, 46, 51 und 53 ergebenden Beträge sowie Sterbegeld nach § 37. Die Grundrente erhöht sich für Beschädigte um ein Drittel des Betrages, der in § 31 Abs. 1 Satz 1 als Grundrente für einen Beschädigten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 vom Hundert festgelegt ist. Bei Rentenleistungen werden ausländische Einkünfte nur in den Fällen des § 48 berücksichtigt. Bei der Witwen- und Waisenbeihilfe ist in allen Fällen von der vollen Höhe der entsprechenden Witwen- und Waisenrente auszugehen sowie ein Drittel des in § 33 Abs. 1 Buchstabe a genannten Bemessungsbetrags zugrunde zu legen. Bei der Bemessung des Bestattungsgeldes ist in allen Fällen der in § 36 Abs. 1 Satz 2 und § 53 Satz 2 genannte höhere Betrag zugrunde zu legen.

(3) Die Teilversorgung umfaßt auch Leistungen der Heilbehandlung nach § 64 a Abs. 1. Zuschüsse nach § 11 Abs. 3 werden nicht gezahlt; der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann Ausnahmen zulassen. Während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb der durch Rechtsverordnung nach Absatz 5 bestimmten Staaten können Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung nach § 64 a Abs. 2 erbracht werden, soweit nach ärztlicher Beurteilung eine unverzügliche Behandlung erforderlich ist. Ansprüche nach den Sätzen 1 bis 3 sind ausgeschlossen, soweit gegen Träger gesetzlicher oder privater Versicherungen oder ähnlicher Einrichtungen ein Anspruch auf entsprechende Leistungen verwirklicht werden kann.

(4) Die in § 64 b Abs. 1 genannten Leistungen der Kriegsopferfürsorge können mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung erbracht werden. § 27 b Abs. 3 Satz 1 findet keine Anwendung.

(5) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Staaten zu bestimmen, in die aus besonderen Gründen, insbesondere wegen der im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland geringeren Durchschnittshöhe entsprechender Sozialleistungen sowie wegen der Lage und Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg, eine Teilversorgung nach Absatz 1 geleistet wird. In der Rechtsverordnung können der in Absatz 2 Satz 1 genannte Ableitungssatz von einem Drittel für einzelne Leistungen anders festgelegt sowie die Leistungsbemessung näher geregelt werden.

(6) In besonderen Fällen kann die Teilversorgung nach Absatz 2 Satz 1 und 2 sowie Absatz 5 Satz 2 mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung erweitert werden.

(7) Für die Zeit eines vorübergehenden Aufenthalts von mindestens einer Woche außerhalb der durch Rechtsverordnung nach Absatz 5 bestimmten Staaten können mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung die in Absatz 2 Satz 1 genannten Rentenleistungen, soweit sie die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 und 2 übersteigen, und ein Drittel der Ausgleichsrente geleistet werden; Absatz 2 Satz 3 findet Anwendung. Zeiten einer stationären Behandlung nach diesem Gesetz oder einer Erholungsmaßnahme nach § 27 b werden nur zu einem Drittel berücksichtigt."

24. In § 64 f Abs. 3 wird die Bezeichnung "des § 64 Abs. 2 Satz 4, des § 64 c Abs. 4 und § 64 e Abs. 1" durch die Bezeichnung "des § 64 Abs. 2 Satz 4 und des § 64 c Abs. 4" ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 27 wird Satz 5 gestrichen.
2. Nach § 27 wird eingefügt:

"§ 27 a

Künstliche Befruchtung

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, daß durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht in der Regel nicht mehr, wenn die Maßnahme viermal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine

solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) Die Krankenkasse übernimmt nur die Kosten der Maßnahmen nach Absatz 1, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1."

3. In § 73 Abs. 2 wird der Punkt nach Nummer 9 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 10 angefügt:

"10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1."

4. In § 92 Abs. 1 Satz 2 wird der Punkt nach Nummer 9 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 10 angefügt:

"10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1."

5. In § 112 Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt nach Nummer 5 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

"6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27 a Abs. 1".

6. Nach § 121 wird eingefügt:

"§ 121a

Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) nur erbringen lassen durch

1. Kassenärzte,
2. ermächtigte Ärzte,
3. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen oder
4. zugelassene Krankenhäuser,

denen die zuständige Landesbehörde eine Genehmigung nach Absatz 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Satz 1 gilt bei Inseminationen nur dann, wenn sie nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden, bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht.

(2) Die Genehmigung darf den im Absatz 1 Satz 1 genannten Ärzten oder Einrichtungen nur erteilt werden, wenn sie

1. über die für die Durchführung der Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und
2. die Gewähr für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) bieten.

65/90

(3) Ein Anspruch auf Genehmigung besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Ärzten oder Einrichtungen, die sich um die Genehmigung bewerben, entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen, welche Ärzte oder welche Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (§ 27a Abs. 1) am besten gerecht werden."

7. In § 269 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird die Zahl "28" durch "27a" ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 90b des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. September 1971 (BGBl. I S. 1565, 1807), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2398), wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 5 wird eingefügt:

"(5a) Berechtigte, die eine Leistung nach den Absätzen 1 bis 4 in Anspruch nehmen, haben dem Leistungserbringer vor Inanspruchnahme der Leistung einen Berechtigungsschein der nach Absatz 5 zuständigen Krankenkasse auszuhändigen. In dringenden Fällen kann der Berechtigungsschein nachgereicht werden."

2. In Absatz 7 Satz 2 werden am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte angefügt:

"§ 110 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch jedoch mit der Maßgabe, daß die Krankenkasse Erstattungen nach Absatz 6 auch unterhalb des in § 110 Satz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages verlangen kann, wenn dieser Betrag durch Zusammenrechnung der Erstattungsansprüche in mehreren Einzelfällen erreicht wird."

Artikel 4

Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes

(1) In § 80 des Soldatenversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 1987 (BGBl. I S. 842), das zuletzt durch geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

"§ 64 e des Bundesversorgungsgesetzes findet keine Anwendung."

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 5

Änderung des Zivildienstgesetzes

(1) In § 47 Abs. 1 des Zivildienstgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Juli 1986 (BGBl. I S. 1205), das zuletzt durch geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

"§ 64 e des Bundesversorgungsgesetzes findet keine Anwendung."

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

65/90

Artikel 6

Änderung des Opferentschädigungsgesetzes

§ 1 Abs. 7 des Opferentschädigungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Januar 1985 (BGBl. I S. 1), das zuletzt durch geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Vor Satz 1 wird eingefügt:

"§ 64 e des Bundesversorgungsgesetzes findet keine Anwendung."

b) Im bisherigen Satz 1 wird die Bezeichnung "§§ 64 bis 64 f" durch die Bezeichnung "§§ 64 bis 64 d, 64 f" ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Bundes-Seuchengesetzes

§ 54 Abs. 3 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262), das zuletzt durch geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) Vor Satz 1 wird eingefügt:

"§ 64 e des Bundesversorgungsgesetzes findet keine Anwendung."

b) Im bisherigen Satz 1 wird die Bezeichnung "§§ 64 bis 64 f" durch die Bezeichnung "§§ 64 bis 64 d, 64 f" ersetzt.

Artikel 8

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

Artikel 9

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1990 in Kraft, soweit nicht in den Absätzen 2 und 3 etwas anderes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 6 Buchstabe b und Nr. 7 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1989 in Kraft.

(3) Am Tage nach der Verkündung treten in Kraft Artikel 1 Nr. 23 im Hinblick auf § 64 e Abs. 5 sowie Artikel 2 und 3.

Begründung
Allgemeiner Teil

I. Anpassung der Versorgungsbezüge

1. Nach § 56 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) sind die laufenden Rentenleistungen jeweils zum 1. Juli durch Gesetz entsprechend dem Vomhundertsatz anzupassen, um den sich die Renten aus der Arbeiterrentenversicherung nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner verändern werden.

Die Renten der Rentenversicherung sollen nach dem Regierungsentwurf des Rentenanpassungsgesetzes 1990 (BR-Drucksache 1/90) zum 1. Juli 1990 um voraussichtlich 3,3 v.H. angepaßt werden. Dieser Vomhundertsatz kann sich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aufgrund neuer statistischer Daten über die Entwicklung des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten im Jahre 1989 noch geringfügig ändern.

Der Krankenversicherungsbeitrag, den die Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen haben, wird nach § 247 SGB V jeweils zum 1. Juli an den zum Jahresanfang festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen angeglichen. Dieser durchschnittliche Beitragssatz ist zum 1. Januar 1990 dank der Erfolge des Gesundheitsreformgesetzes zum ersten Mal seit sechs Jahren um 0,1 Prozentpunkte auf 12,8 v.H. gesunken. Dies bedeutet unter Berücksichtigung der hälftigen Beteiligung der Rentner an ihrem Krankenversicherungsbeitrag, daß die Erhöhung der verfügbaren Renten

aus der gesetzlichen Rentenversicherung und damit auch der Anpassungssatz in der Kriegsopferversorgung zum 1. Juli 1990 um 0,06 Prozentpunkte über dem Anpassungssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung liegen wird. Dadurch kommt der Erfolg des Gesundheitsreformgesetzes mittelbar auch den Kriegsopfern zugute.

Da die statistischen Daten der Entgeltentwicklung im Jahre 1989 und damit der Anpassungssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht endgültig feststehen, ist in diesem Gesetzentwurf für die Kriegsopferrenten ein vorläufiger Anpassungssatz von 3,3 v.H. zugrunde gelegt.

2. Der Anpassung unterliegen

- die Leistungen für Blinde (§ 14 BVG),
- die Pauschbeträge als Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß (§ 15 BVG),
- das Pflegegeld (§ 26c Abs. 6 BVG),
- die Grundrenten der Beschädigten, Witwen und Waisen (§ 31 Abs. 1, §§ 40 und 46 BVG),
- die Schwerstbeschädigtenzulagen (§ 31 Abs. 5 BVG),
- die Pauschbeträge für schwerbeschädigte Hausfrauen (§ 30 Abs. 7 BVG),
- die Ausgleichsrenten der Beschädigten, Witwen und Waisen (§§ 32, 41 und 47 BVG),
- der Ehegattenzuschlag für Schwerbeschädigte (§ 33a BVG),
- die Elternrenten (§ 51 BVG),
- die Pflegezulagen (§ 35 BVG),
- das Bestattungsgeld (§§ 36 und 53 BVG).

Der Entwurf sieht eine Erhöhung dieser Leistungen um rund 3,3 v.H. vor.

Der Bemessungsbetrag nach § 33 Abs. 1 Buchstabe a BVG wird gem. § 56 Satz 2 BVG um 3,3 v.H. erhöht.

Der Entwurf geht vom geltenden Recht aus. Änderungen, die durch die Verabschiedung des KOV-Strukturgesetzes 1990 (BT-Drucksache 11/5831) erforderlich werden, sind im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen. Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen ist angesichts der geringfügigen Unterschiede auf die nach dem Entwurf des KOV-Strukturgesetzes 1990 vorgesehenen Leistungsbeträge abgestellt.

3. Wie bei den bisherigen Anpassungsgesetzen sind bei der Festsetzung der neuen Beträge nach Anwendung des Steigerungssatzes (3,3 v.H.) Erhöhungsbeträge unter 0,50 DM auf volle Deutsche Mark nach unten und von 0,50 DM an auf volle Deutsche Mark nach oben gerundet worden; für die in § 15 Satz 1 BVG genannten Rahmenbeträge (Kostenersatz bei außergewöhnlichem Kleider- und Wäscheverschleiß) sind dabei Ausgangspunkt die Beträge, die sich bei Multiplikation der zugrunde liegenden Bewertungszahl mit dem in § 15 Satz 2 BVG genannten neuen Multiplikator ergeben. Der seit Jahren angewandte Berechnungsmodus gewährleistet, daß auf längere Sicht Abrundungen nach unten und Aufrundungen nach oben einander ausgleichen.

II. Kriegsopferversorgung Deutscher mit Wohnsitz in Ost- und Südosteuropa

Deutsche und deutsche Volkszugehörige, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Ost- und Südosteuropa - mit Ausnahme Griechenlands - haben, erhalten seit Beginn ihrer Versorgung im Jahr 1960 keine Vollversorgung, sondern lediglich Teilversorgung. Die Höhe der Teilversorgung ist in Regelungen für die Versorgung von Kriegsopfern in Ost- und Südosteuropa (Richtlinien Ost), herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Benehmen mit den

65/90

beteiligten obersten Landesbehörden, festgelegt worden. Danach umfaßt die Teilversorgung Grund- und Elternrente sowie die Schwerstbeschädigten- und Pflegezulage, nicht dagegen weitere Leistungen wie z.B. die Ausgleichsrente und den Berufsschadens- und Schadensausgleich. Die in der letzten Fassung der Richtlinien für die Zeit ab 1. Januar 1988 genannten DM-Beträge erreichen rd. 25 v.H. der entsprechenden Inlandsleistungen nach dem BVG in der Fassung des KOV--Anpassungsgesetzes 1989.

Das Bundessozialgericht (Urteil vom 15. Februar 1989 - 9/4b RV 27/87 -) hat im Anschluß an eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 8. Januar 1981 (BVerfGE 56,1 ff.) entschieden, daß die Versorgungsverwaltung bei der Versorgung Deutscher und deutscher Volkszugehöriger mit Wohnsitz in Ost- und Südosteuropa nach der geltenden Fassung des § 64 e Abs. 1 im Einzelfall ausgehend von dem Grundsatz der Vollversorgung zu entscheiden hat, ob und in welchem Umfang die Versorgung zu kürzen ist. Einer Vollversorgung in Polen stünden die in § 64 e Abs. 1 Satz 4 Buchst. a BVG angeführten besonderen Gründe entgegen. Der Umfang der Kürzung dürfe jedoch nicht den als rechtswidrig angesehenen Richtlinien entnommen werden, sondern müsse unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Wohnsitzstaat ermittelt werden. Als feste Untergrenze dürfe dabei der Leistungsbetrag nicht unterschritten werden, den der Wohnsitzstaat in einem vergleichbaren Fall nach seinem Recht einem eigenen Staatsangehörigen zahlen würde.

Die vom Bundessozialgericht auf der Grundlage der geltenden Fassung des Bundesversorgungsgesetzes getroffene Entscheidung bedeutet für die Verwaltungspraxis folgendes:

Die Beachtung einer festen Untergrenze für die Teilversorgung in Höhe der Leistung, die der Wohnsitzstaat nach seinem Recht in einem vergleichbaren Fall einem eigenen Staatsan-

gehörigen geben würde, stellt die Versorgungsverwaltung vor die kaum lösbare Aufgabe, das jeweilige ausländische Recht in jedem Einzelfall fiktiv anzuwenden und jeweils auch Rechtsänderungen zu berücksichtigen.

Daraus ergibt sich im Zeitverlauf, daß die Leistungshöhe nach deutschem Recht je nach der Entwicklung des ausländischen Rechts schwankt und von sich häufig ändernden Umrechnungskursen abhängig ist, die sich überwiegend nicht frei am Markt bilden, sondern von den Wohnsitzstaaten festgelegt werden. Zudem können sich unterschiedliche Leistungssätze für die einzelnen Wohnsitzstaaten ergeben mit der Folge, daß aus der unterschiedlichen Entwicklung dieser Leistungssätze eine Bewertung der wirtschaftlichen Verhältnisse und ihrer Entwicklung in den einzelnen Staaten abgeleitet werden könnte.

Angesichts dieser sich aus dem geltenden Recht ergebenden Probleme ist es erforderlich, die Höhe der Teilversorgung unter Berücksichtigung des Urteils des Bundessozialgerichts im Gesetz selbst zu regeln, und zwar einheitlich für alle Staaten, für die bisher die Richtlinien Ost gegolten haben. Durch die Neuregelung sollen auch weitere wesentliche Elemente der Richtlinien in das Gesetz übernommen werden.

Die Neufassung geht in Übereinstimmung mit dem Bundessozialgericht davon aus, daß einer Vollversorgung im Bereich der Richtlinien Ost besondere Gründe entgegenstehen. Eine Versorgung in der vollen Höhe der Inlandsversorgung stünde im Widerspruch zu der im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland durchschnittlich wesentlich geringeren Höhe entsprechender Sozial- und Kriegsopferleistungen in den betreffenden Staaten. Eine Vollversorgung würde dazu führen, daß die Leistungsempfänger gegenüber den eigenen Staatsangehörigen der betreffenden Wohnsitzstaaten erheblich privilegiert

würden. Hinzu kommt die besondere Nachkriegssituation in Osteuropa, wo die Empfänger deutscher Kriegsofferleistungen seit Kriegsende weiterhin in ihrer angestammten Heimat zusammen mit Beschädigten leben, die auf der Seite der jeweiligen Wohnsitzstaaten am Krieg teilgenommen haben.

Diese Besonderheiten betreffen nur die Versorgung Kriegsbeschädigter und ihrer Hinterbliebenen. Die Neuregelung der Ostversorgung (§ 64 e) gilt deshalb nur für diesen Personenkreis, nicht für Berechtigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundes-Seuchengesetz und nach sonstigen Entschädigungsgesetzen.

Die Neuregelung entspricht auch der vom Bundesrat im Anschluß an das Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. Februar 1989 erhobenen Forderung, die Versorgungsleistungen für den genannten Personenkreis im Bundesversorgungsgesetz zu regeln (Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über die 18. Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und zur Änderung von Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe - KOV-AnpG 1989 -, BT-Drucksache 11/4178, Anlage 2).

III. Leistungen der Krankenkassen zur künstlichen Befruchtung

Bei den Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes hatte sich die Regierungskoalition darauf verständigt, die Entscheidung über eine Übernahme von Leistungen zur künstlichen Befruchtung durch die Krankenkassen im Hinblick auf die noch nicht abgeschlossenen Vorarbeiten der Bundesregierung für ein Embryonenschutzgesetz zurückzustellen und in einem späteren Gesetzgebungsverfahren zu treffen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll diese Regelungslücke im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen werden. Dazu sind folgende Neuregelungen vorgesehen:

- Ehepaare erhalten einen Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im homologen System.
- Die Maßnahmen müssen medizinisch indiziert sein und hinreichende Erfolgsaussicht haben.
- Die Eheleute müssen sich über die medizinischen und psychosozialen Aspekte der Maßnahmen durch einen Arzt unterrichten lassen, der die Behandlung nicht selbst durchführt.
- Die Maßnahmen dürfen - ambulant oder stationär - nur von entsprechend qualifizierten Ärzten und Einrichtungen durchgeführt werden; dazu ist eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde erforderlich.

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Bundesversorgungsgesetz)

Zu Nummer 1 und 2

Anpassung

Zu Nummer 3 (§ 19 Abs. 1)

Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gehören infolge der Änderung des V. Buches Sozialgesetzbuch (Art. 2 des Gesetzentwurfes) in Zukunft aufgrund der Verweisung in § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG auch zur Heil- und Krankenbehandlung nach dem

BVG. Sie sind als Sachleistung (§ 18 c Abs. 5, nach Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a) und Nr. 9 Buchstabe b) KÖV-Strukturgesetz 1990/E - BT-Drucksache 11/5831 - künftig inhaltlich unverändert § 18 Abs. 1) für die Versorgungsverwaltung von der zuständigen Krankenkasse (§ 18 c Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2) zu erbringen. Die Krankenkasse soll die Kosten stets im Wege der Einzelabrechnung erstattet erhalten. Dazu ist für die Fälle, in denen es sich um eine ambulant erbrachte Leistung wegen Schädigungsfolgen an einen versicherten Beschädigten handelt, die vorgesehene Ergänzung der Aufzählung in § 19 Abs. 1 Satz 1 erforderlich. Bei Leistungen an Nichtversicherte führt bereits die geltende Fassung des § 20 zu dem gewünschten Ergebnis.

Zu Nummer 4 (§ 21)

Zu a)

Mit dem neuen Satz in Absatz 1 wird ebenso wie mit den Ergänzungen in Absatz 3 klargestellt, daß nach dem Willen des Gesetzgebers - wie aus der Begründung zum Gesetzentwurf des 3. Kapitels des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ersichtlich (BT-Drucksache 9/95 S. 17, A II 2; S. 24 vor § 108 ff.) - die Regelung der §§ 106 - 114 SGB X für sämtliche Erstattungsansprüche - auch die in den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches - gelten. Die Klarstellung ist durch entgegengesetzte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erforderlich geworden.

Zu b)

Die Anwendung des § 110 Satz 2 SGB X hat in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt, weil diese allgemeine Vorschrift die Besonderheiten des regelmäßigen Abrechnungsverkehrs zwischen Krankenkassen und Versorgungsverwaltung und der damit verbundenen Reduzierung von Verwaltungsaufwand für die Abrechnung von Einzelfallkosten nicht berücksichtigt. Der neue Absatz 2 knüpft an die

Vorlage eines Kostennachweises, in dem die Hauptbelege für die Beschädigten bzw. Berechtigten zusammengefaßt werden, an und macht damit deutlich, daß der Erstattungsverfahren so wenig Verwaltungsaufwand wie möglich auslösen soll (vgl. auch Verwaltungsvorschriften zu § 19 und zu § 20). Die Vorschrift gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, in die Zusammenfassung durch den Kostennachweis auch Hauptbelege einzubeziehen, deren Einzelerstattung unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand verursacht hätte. In den seltenen Fällen, in denen auch der Endbetrag des Kostennachweises unter der Grenze des § 110 Satz 2 SGB X liegt, kann die Krankenkasse den Betrag in einem späteren Kostennachweis geltend machen (siehe auch die Verjährungsvorschrift im neuen Absatz 3).

Zu c)

Folgeänderung; zu den Ergänzungen siehe Begründung zu a).

Zu Nummer 5 (§ 25 Abs. 4)

Seit dem 1. Januar 1989 können Beschädigte im Rahmen der Kriegsofferfürsorge für Familienangehörige (§ 25 Abs. 4 Satz 1 in der durch Artikel 2 Nr. 2 des KOV-Anpassungsgesetzes 1988 geänderten Fassung) auch Leistungen erhalten, die wegen einer Behinderung des Familienangehörigen erforderlich sind. Im Zusammenhang damit hat sich gezeigt, daß bei der Kriegsofferfürsorge für Kinder des Beschädigten

- dem Gesetz mangels jeglicher Altersgrenze die entschädigungsrechtlich gebotene Abgrenzung zwischen Kriegsofferfürsorge und Sozialhilfe nicht in allen Fällen eindeutig zu entnehmen ist und
- die Leistungen der Kriegsofferfürsorge wegen ihrer Abhängigkeit vom Einkommen des Beschädigten in Einzelfällen hinter den bis Ende 1988 erbrachten Leistungen der Sozialhilfe zurückbleiben.

Das seit dem 1. Januar 1989 geltende Recht soll deshalb in zweifacher Hinsicht ergänzt werden:

- a) Durch den in § 25 Abs. 4 angefügten Satz 3 soll klargestellt werden, daß die aus der Eltern-Kind-Beziehung abgeleitete Zuständigkeit der Kriegsopferfürsorge für Kinder nicht unbefristet weiterbesteht, sondern nach Vollendung des 18. Lebensjahres zusätzlich zu den in Satz 2 genannten eine weitere Voraussetzung erfüllt sein muß, sofern nicht ein Härtefall im Sinne des Satzes 2 Nr. 5 vorliegt. Für die Abgrenzung bietet sich eine Anknüpfung an das Alter des Kindes an, wie es im Gesetz bereits für die zeitliche Begrenzung des Anspruchs auf Waisenrente in § 45 Abs. 1 festgelegt ist. Darüber hinaus bleibt die Kriegsopferfürsorge zuständig für Kinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit dem Beschädigten leben oder die Voraussetzungen des § 33 b Abs. 4 Satz 2 bis 7 erfüllen, weil sie sich z.B. in Ausbildung befinden und das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Soweit ein Kind dagegen nach Vollendung des 18. Lebensjahres weder mit dem Beschädigten in häuslicher Gemeinschaft lebt noch die in § 33 b Abs. 4 Satz 2 bis 7 genannten Voraussetzungen erfüllt, ist es entschädigungsrechtlich nicht zu begründen, das Kind - z.B. ein Kind, das infolge eines nach Vollendung des 27. Lebensjahres erlittenen Unfalls behindert ist und nicht bei seinen Eltern wohnt - über einen kriegsbeschädigten Elternteil an die Kriegsopferfürsorge zu verweisen; sachgerecht ist in solchen Fällen ein eigenständiger Sozialhilfeanspruch des Kindes.
- b) Soweit die Kriegsopferfürsorge Leistungen für behinderte Kinder zu erbringen hat, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, sollen die Hilfe zur Pflege nach § 26 c und die Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 27 d in der Regel unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Beschädigten erbracht werden (Artikel 1 Nr. 6, 7). Dies entspricht der bereits in § 27 g Abs. 4 Satz 1 zweiter Halbsatz BVG und § 91 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BSHG enthaltenen Wertung

und vermeidet auch für diese Fälle, daß Kriegsopferfürsorgeleistungen aus Sozialhilfemitteln aufgestockt werden müssen (vgl. die Stellungnahme des Bundesrates zu Artikel 1 Nr. 14 des Regierungsentwurfs eines KOV-Strukturgesetzes 1990 und die Gegenäußerung der Bundesregierung hierzu; BT-Drucksache 11/5831).

Außerdem sollen Pflegekinder des Beschädigten durch Verweisung auf § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Bundeskindergeldgesetzes in § 25 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 einbezogen werden. Beschädigte haben bisher für Pflegekinder Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach § 25 Abs. 4 Nr. 4 oder 5. Sie haben jedoch für Pflegekinder keinen Anspruch auf Erziehungsbeihilfe nach § 27, weil in § 27 nur auf § 25 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 verwiesen wird, der wiederum auf § 33 b Abs. 2 Bezug nimmt. Dort sind Pflegekinder, von Sonderfällen abgesehen, nicht einbezogen, weil für sie nicht Kinderzuschlag nach dem BVG, sondern nur Kindergeld gezahlt werden soll. Das formale Ergebnis, für Pflegekinder zwar die übrigen Leistungen der Kriegsopferfürsorge, aber keine Erziehungsbeihilfe zu zahlen, ist sachlich nicht zu begründen. Deshalb ist bisher schon für Pflegekinder im Wege des Härteausgleichs nach § 89 auch Erziehungsbeihilfe gezahlt worden. Dies soll jetzt unmittelbar im Gesetz bestimmt werden.

Zu Nummer 6 (§ 26 c)

zu a) Anpassung

zu b) Vgl. die Begründung zu Nr. 5 (§ 25 Abs. 4 unter b)

Zu Nummer 7 (§ 27 d)

Vgl. die Begründung zu Nr. 5 (§ 25 Abs. 4 unter b)

Zu Nummern 8 bis 20

Anpassung

Zu Nummer 21 (§ 64)

Buchstabe a)

Der neue Satz 2 entspricht den bisher in § 64 e Abs. 1 Satz 4 Buchstabe b und Abs. 2 enthaltenen Regelungen, die aus systematischen Gründen zusammengefaßt und den §§ 64 a bis 64 f vorangestellt werden, da sie für die Auslandsversorgung im gesamten sozialen Entschädigungsrecht gelten.

Buchstabe b)

Folgeänderung aus Buchstabe a.

Die bisher in § 64 Abs. 2 Satz 5 enthaltene Verweisung auf § 64 e Abs. 2 wird durch die Verweisung auf den neuen Absatz 1 Satz 2 ersetzt.

Zu Nummer 22 (§ 64 a)

Redaktionelle Vereinfachung und Klarstellung unter Umkehrung der Reihenfolge beider Absätze. Der in Absatz 2 Satz 1 angefügte Halbsatz verdeutlicht, daß im Inland - entsprechend der bisherigen Praxis - Sachleistungen erbracht werden können, dagegen keine Zuwendungen nach Satz 2.

Zu Nummer 23 (§ 64 e)

Absatz 1 bestimmt für die deutschen Versorgungsberechtigten in bestimmten Staaten entsprechend dem Vorbehalt in § 64 Abs. 1 den Grundsatz der Teilversorgung, da für diesen Personenkreis

bestimmte Gründe gegen die Gewährung einer Vollversorgung vorliegen (siehe Begründung Allgemeiner Teil unter II.).

Absatz 2 legt für den Bereich der Geldleistungen den Umfang der Teilversorgung fest. In Satz 1 wird der Begriff "Grundrente" ohne Einschränkungen verwendet; er umfaßt daher insbesondere auch Grundrente nach § 44 Abs. 2 (wiederaufgelebte Witwenrente) und § 48 (Witwen- und Waisenbeihilfe). Die Festlegung der Leistungshöhe auf ein Drittel - bei Beschädigten nach Satz 2 zuzüglich eines Drittels der Beschädigtengrundrente nach § 31 Abs. 1 Satz 1 bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H. - berücksichtigt die geringere durchschnittliche Höhe der Sozialleistungen, die der Wohnsitzstaat nach seinem Recht in einem vergleichbaren Fall einem eigenen Staatsangehörigen geben würde. Durch die Anknüpfung an die in der Inlandsversorgung und der übrigen Auslandsversorgung geltenden allgemeinen Leistungsbeträge wird künftig auch in der Ostversorgung eine regelmäßige Leistungsanpassung erreicht. Das Sterbegeld beträgt wie im Inland das Dreifache der zu berücksichtigenden Monatsleistung. Der einheitliche Erhöhungsbetrag nach Satz 2 für Beschädigte berücksichtigt, daß die betreffenden ausländischen Leistungssysteme, abweichend von den differenzierteren deutschen Leistungen, für geringer Beschädigte gegenüber Schwerbeschädigten und Hinterbliebenen verhältnismäßig hohe Leistungen vorsehen.

Absatz 2 Satz 3 ff. enthält Sondervorschriften für bestimmte Geldleistungen. Nach Satz 3 sollen ausländische Einkünfte künftig abweichend von der allgemeinen Regelung nur bei der Bemessung der Witwen- und Waisenbeihilfe nach § 48 berücksichtigt werden, da § 48 bei Überschreiten von Einkommensgrenzen den Ausschluß der Versorgung vorsieht; dem soll auch in der Teilversorgung Rechnung getragen werden. Im übrigen werden ausländische Einkünfte weder durch Anrechnung (z.B. nach §§ 44 Abs. 5, 51 Abs. 4 und 5) noch in sonstiger Weise (z.B. nach § 65) berücksichtigt; dies bedeutet im Ergebnis für den Regelfall keine Abweichung

von der bisherigen Praxis, da die bisher bestehende generelle Anrechnungsmöglichkeit nur in wenigen Einzelfällen zu einer deutlichen Rentenminderung geführt hat. Zu den Rentenleistungen gehört auch die Pflegezulage. Satz 4 berücksichtigt, daß bisher bei Witwen- und Waisenbeihilfe in allen Fällen der höhere Betrag geleistet worden ist und weiterhin geleistet werden soll, da ohnehin nur eine Teilversorgung gewährt wird; der volle in § 33 Abs. 1 Buchstabe a genannte Bemessungsbetrag wird entsprechend dem allgemeinen Ableitungssatz herabgesetzt. Die nach Satz 5 vorgesehene Bemessung des Bestattungsgeldes berücksichtigt seine bisherige Höhe.

Für den Bereich der Heil- und Krankenbehandlung stellt die Verweisung auf § 64 a Abs. 1 in Absatz 3 Satz 1 sicher, daß die Teilversorgung wie bisher auch bestimmte Leistungen der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen umfaßt. Dabei bleiben nach Satz 4 Kostenerstattungen ausgeschlossen, da die Berechtigten in die ausländischen Sozialleistungssysteme, die regelmäßig Sachleistungen vorsehen, eingegliedert sind. Während eines vorübergehenden Aufenthalts im Geltungsbereich des Gesetzes oder in Staaten, in die bei ständigem Aufenthalt Vollversorgung geleistet wird, werden im Rahmen der Heilbehandlung wegen Schädigungsfolgen nach Satz 1 stationäre Behandlung, orthopädische Versorgung sowie - dem Zweck des sozialen Entschädigungsrechts entsprechend künftig auch in nicht akuten Fällen - ambulante Behandlung erbracht. Nach Satz 2 sind Kostenzuschüsse zu den in § 11 Abs. 3 genannten Ersatzleistungen, insbesondere Zuschüsse zur Pkw-Beschaffung, entsprechend der bisherigen Regelung (Richtlinien Ost und Richtlinien orthopädische Versorgung Ost) weiterhin ausgeschlossen. Mit der Zulassung von Ausnahmen durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung soll andererseits gewährleistet bleiben, daß beispielsweise für motorisierte Spezialfahrzeuge anstelle von Rollstühlen oder für Fahrräder wie bisher Kostenzuschüsse gezahlt werden können.

Heilbehandlung wegen Nichtschädigungsfolgen und Krankenbehandlung können nach Absatz 3 Satz 3 während eines vorübergehenden Aufenthalts im Geltungsbereich des Gesetzes oder in anderen Staaten, in die bei ständigem Aufenthalt Vollversorgung geleistet wird, nur in Akutfällen erbracht werden; die Beschränkung auf Akutfälle entspricht den Richtlinien des Bundesministers für Innerdeutsche Beziehungen für Besucher aus Ost- und Südosteuropa.

Wegen dieser Beschränkung wird eine Behandlung wegen Nichtschädigungsfolgen beispielsweise nicht in Betracht kommen, wenn der Besucher zum Zweck der Behandlung eingereist ist. Nach Satz 4 schließen entsprechende Ansprüche gegen einen anderen Träger Ansprüche nach Absatz 3 aus; dies entspricht dem Rechtsgedanken des § 10 Abs. 7.

Nach Absatz 4 Satz 1 können die nach Absatz 1 Berechtigten wie bisher die in § 64 b Abs. 1 genannten Leistungen der Kriegsopferfürsorge erhalten. Daraus ergibt sich keine Erweiterung des Leistungsumfangs. Leistungen der Kriegsopferfürsorge haben nicht den Zweck, die Teilversorgung aufzustocken, sie stellen im Bedarfsfall eine gezielte Ergänzung dar. Nach Satz 2 sollen abweichend von der bisherigen Regelung im Rahmen der Kriegsopferfürsorge häusliche Ersparnisse nach § 27 b Abs. 3 Satz 1 nicht mehr angerechnet werden, da andererseits Zeiten der Erholungshilfe nach der Neuregelung in Absatz 7 Satz 2 künftig bei der Bemessung der Geldleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts nur zu einem Drittel berücksichtigt werden und sich dadurch um ein Mehrfaches höhere Minderausgaben ergeben. Durch diese pauschale Regelung wird zugleich in Zukunft ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand vermieden.

Absatz 5 enthält die Ermächtigung, den Anwendungsbereich der Neuregelung durch Rechtsverordnung zu bestimmen. Die Vorschrift nennt zugleich die maßgebenden Kriterien für die Bestimmung der

65/90

Staaten, in die nur eine Teilversorgung geleistet werden soll. Es sind dies die im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland wesentlich geringere durchschnittliche Höhe der Sozialleistungen, die der Wohnsitzstaat nach seinem Recht in einem vergleichbaren Fall einem eigenen Staatsangehörigen geben würde, und die besondere Lage in den betreffenden Staaten nach dem Zweiten Weltkrieg (siehe Begründung Allgemeiner Teil unter II.). Satz 2 ermöglicht es für einzelne Leistungen von dem Ableitungssatz von einem Drittel in Absatz 2 Satz 1 abzuweichen. Dies wird insbesondere für die Teilversorgung von Waisen gelten, die bisher die Hälfte der Grundrente erhalten. Dieser höhere Ableitungssatz soll - durch eine entsprechende Regelung in der Rechtsverordnung - für Vollwaisen beibehalten werden; bei Halbwaisen ist hingegen eine abweichende Bestimmung des Ableitungssatzes nicht erforderlich, da Halbwaisen regelmäßig im Haushalt der Witwe leben und Belangen der bisherigen Leistungsbezieher übergangsweise aufgrund der in Absatz 6 vorgesehenen Ausnahme Rechnung getragen werden kann. In der Rechtsverordnung können schließlich Einzelheiten der Leistungsbemessung näher bestimmt werden.

Nach Absatz 6 kann in besonders gelagerten Fällen, abweichend vom Grundsatz nach Absatz 1 Satz 2, in bestimmtem Umfang vom Ruhen abgesehen werden, um auch höhere oder weitere Leistungen zuzulassen. Eine Ausnahme rechtfertigende besondere Gründe werden beispielsweise dann gegeben sein, wenn Berechtigte nach längerem Bezug von Inlandsleistungen ihren Wohnsitz in einen nach Absatz 5 bestimmten Staat verlegen. Ein besonderer Grund liegt auch bei den versorgungsberechtigten Halbwaisen (rund 220) vor, da diese bisher Leistungen in Höhe der halben Inlands-Grundrente erhalten, künftig aber nach Absatz 2 grundsätzlich nur eine Teilversorgung in Höhe eines Drittels vorgesehen ist; bei Halbwaisen mit Anspruch auf Versorgung am 1. Juli 1990 wird es deshalb zur Wahrung des Besitzstandes ebenfalls gerechtfertigt sein, daß sie die bisherige höhere Leistung weiterbeziehen, solange dies für sie günstiger ist als eine Anwendung der Neuregelung.

Nach Absatz 7 Satz 1 soll bei einem vorübergehenden Aufenthalt von zusammenhängend mindestens einer Woche im Geltungsbereich des Gesetzes oder in anderen Staaten, in die bei ständigem Aufenthalt Vollversorgung geleistet wird, ein Teil der nach Absatz 1 Satz 2 ruhenden Versorgung weiterhin gezahlt werden können. Eine Anrechnung ausländischer Einkünfte ist - wie nach Absatz 2 Satz 3 bei der laufenden Versorgung - nicht vorgesehen, da ihre Ermittlung und Berücksichtigung, auch wegen der schwankenden Umrrechnungskurse, für die durchführenden Verwaltungsbehörden mit erheblichen Problemen verbunden sind. Der Verzicht auf eine Anrechnung steht auch im Zusammenhang damit, daß die bei einem vorübergehenden Aufenthalt zusätzlich zu zahlende Ausgleichsrente auf ein Drittel des Inlandsbetrages festgelegt ist. Die Rentenleistungen umfassen auch die Pflegezulage. Satz 2 bestimmt, daß Zeiten einer stationären Behandlung (in der Regel Badekur) oder eines Erholungsaufenthalts im Hinblick auf Kostenersparnisse bei den Berechtigten nicht mit ihrer vollen Dauer, sondern nur zu einem Drittel berücksichtigt werden. Im allgemeinen berühren derartige Aufenthalte zwei Kalendermonate. Bisher sind bei Berücksichtigung der vollen Zeit Besucherleistungen nach den §§ 60 und 61 für zwei Monate gezahlt worden, in Fällen, in denen der Aufenthalt durch Verwandtenbesuche verlängert worden ist, auch mehr als zwei Monatsleistungen. Die zukünftige Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer nur zu einem Drittel bewirkt, daß bei einer Dauer des Erholungsaufenthalts oder der Kur von drei oder vier Wochen als Aufenthaltsdauer nur ein Zeitraum von rund einer Woche berücksichtigt wird und damit Leistungen nur für einen Monat gewährt werden.

Zu Nummer 24 (Änderung des § 64 f)

Folgeänderung aus der Neufassung des § 64 e (vgl. Nummer 23).

Zu Artikel 2 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Die Streichung des § 27 Satz 5 ist wegen der Einfügung des § 27a (vgl. Nummer 2) erforderlich.

Zu Nummer 2 (§ 27 a SGB V)

Mit der Vorschrift werden Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (insbesondere Inseminationsbehandlung, In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer, intratubarer Gametentransfer) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Diese Maßnahmen werden der Krankenbehandlung zugeordnet; dies ist wegen der in diesem Bereich fließenden Grenzen zum Krankheitsbegriff, z.B. bei gestörter Eileiterfunktion, sachgerecht. Dadurch wird auch erreicht, daß alle für Krankheit geltenden Regelungen des SGB V Anwendung finden, ohne daß es besonderer Verweisungsvorschriften bedarf. Dabei ruht der Anspruch auf Krankengeld, soweit der Arbeitgeber zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall verpflichtet ist.

Soweit Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27 SGB V als Krankenbehandlung anzusehen sind (z.B. chirurgische Eingriffe, Verordnung von Medikamenten, psychotherapeutische Behandlung), findet § 27 a keine Anwendung.

Die Maßnahmen können ambulant in einer Kassenarztpraxis oder stationär durchgeführt werden. Soweit Maßnahmen in diesem Bereich - auch die Unterrichtung des Ehepaares - von Kassenärzten durchgeführt werden, gehören sie zur kassenärztlichen Versorgung (vgl. Artikel 2 Nr. 3 des Entwurfs - Ergänzung des § 73 Abs. 2 SGB V).

Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nur solche Maßnahmen durchgeführt werden, die nach dem Embryonenschutzgesetz oder anderen gesetzlichen Vorschriften rechtlich zulässig sind;

nicht zulässig ist z.B. die Ersatzmutterschaft nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Entwurfs eines Embryonenschutzgesetzes - BR-Drucks. 417/89.

Die Zahl der Schwangerschaften aufgrund von Maßnahmen nach Absatz 1 unterliegt keiner Beschränkung. Deshalb sind nach einer durch eine erfolgreiche Befruchtung herbeigeführten Schwangerschaft neue Maßnahmen zu Lasten der GKV zulässig, soweit die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind.

Absatz 1 regelt den Leistungsanspruch im einzelnen. Die Leistungsvoraussetzungen sind in Absatz 1 Nr. 1 bis 5 abschließend genannt. Die Leistungspflicht der Krankenkasse erstreckt sich also nicht auf weitergehende Maßnahmen, auch wenn diese nicht gesetzwidrig sind wie Konservierungsverfahren bei Ei- und Samenzellen sowie imprägnierten Eizellen im Vorkernstadium.

Nummer 1 legt fest, daß die künstliche Befruchtung und die dabei gewählte Behandlungsmethode zur Überwindung der Sterilität medizinisch indiziert sein müssen, weil Behandlungsmaßnahmen nach § 27 SGB V keine hinreichende Aussicht auf Erfolg (mehr) bieten, nicht möglich oder unzumutbar sind.

Nummer 2 macht den Anspruch davon abhängig, daß die Maßnahmen mit hinreichender Erfolgsaussicht zu einer Schwangerschaft führen. Dabei sind auch das Alter der Ehegatten und die zugrundeliegende Störung zu berücksichtigen. Nach den medizinischen Erkenntnissen gehen die Erfolgsaussichten nach 4 vergeblichen Versuchen deutlich (z.B. bei Follikelpunktionen mit anschließendem Embryotransfer von 47 % beim ersten Versuch auf 7 % beim vierten Versuch) zurück. Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird deshalb grundsätzlich auf 4 abgeschlossene Therapieversuche begrenzt; vorher abgebrochene Behandlungen werden dabei nicht berücksichtigt. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung bis Ende 1988 nur drei Versuche vorgesehen waren und daß die Leistungspflicht der privaten Krankenversiche-

rung durch die Rechtsprechung auf drei Versuche begrenzt worden ist. Wenn in medizinisch besonders begründeten Ausnahmefällen mehr als vier Versuche zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden sollen, wird wegen der entsprechenden Erfolgsaussicht eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst angebracht sein.

Nummer 3 beschränkt den Leistungsanspruch auf Ehepaare. Eine solche Beschränkung läßt sich verfassungsrechtlich durch die Pflicht des Staates zur Förderung der Ehe und Familie rechtfertigen (Artikel 6 Grundgesetz).

Nummer 4 schließt andere Formen als die der homologen Befruchtung von der Leistungspflicht aus.

Nummer 5 schreibt eine umfassende Unterrichtung des Ehepaares durch einen Arzt vor, die der Gesamtproblematik gerecht wird und die medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung bei diesem Ehepaar berücksichtigt. Sie muß vor Beginn der Therapieversuche stattfinden, um dem Ehepaar die Tragweite seines Entschlusses klarzumachen. Im Interesse einer objektiven Klärung dieses Umfelds soll hier ein Arzt unterrichten, der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht selbst durchführt. Dies entspricht der üblichen Praxis, nach der ärztliche Spezialisten für besonders schwierige Behandlungen in der Regel von Patienten nicht unmittelbar, sondern erst nach Konsultation und Überweisung durch den Hausarzt oder einen vergleichbaren Arzt in Anspruch genommen werden.

Bei der Unterrichtung soll die Verwirklichung des Wunsches der Ehegatten nach einem eigenen Kind mit Methoden der künstlichen Befruchtung eingehend erörtert werden. Es sollten auch Alternativen zum eigenen Kind wie z.B. eine Adoption oder die Übernahme einer Pflegschaft aufgezeigt werden. Die mit der Behandlung verbundenen seelischen und körperlichen Belastungen sind ausführlich darzustellen. Dazu gehört auch die Aufklärung über die generell niedrige Erfolgsquote. So liegt die Schwangerschaftsrate bei einer In-vitro-Fertilisation, bezogen auf den Embryotransfer,

zur Zeit bestenfalls nur bei 20 bis 25 Prozent, von denen etwa ein Drittel mit Fehlgeburten endet. Die Unterrichtung sollte auch auf die mit einer künstlichen Befruchtung verbundenen Gefahren gesundheitlicher Risiken (z.B. Eierstockzysten, operationsbedingte Komplikationen, Risikoschwangerschaften einschließlich höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften) eingehen. Der Leistungsanspruch hängt nur davon ab, daß der Arzt das Ehepaar über diese Fragen unterrichtet hat. Danach überweist er das Ehepaar an einen für die Durchführung der künstlichen Befruchtung nach § 121 a zugelassenen Arzt oder eine entsprechende Einrichtung. Diese Überweisung ist Teil der kassenärztlichen Versorgung und unterliegt der Regelung in § 19 BMV-Ä (für die vertragsärztliche Versorgung ist dies in den Richtlinien für die Überweisungstätigkeit geregelt). Von der Unterrichtung nach Nummer 5 ist die Aufklärung zu unterscheiden, zu der der behandelnde Arzt gegenüber dem Patienten vor Durchführung der künstlichen Befruchtung nach allgemeinen Grundsätzen verpflichtet ist.

Absatz 2 bringt für Inseminationen eine Sonderregelung, die nach den medizinisch erforderlichen Behandlungsmethoden unterscheidet. Wird bei einer Versicherten ein hormonelles Stimulationsverfahren angewandt, bei dem die Gefahr des Heranreifens vieler befruchtungsfähiger Eizellen (Polyovulation) gegeben ist, so besteht nicht nur ein Risiko für das Zustandekommen höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften, sondern auch die Gefahr eines Überstimulationssyndroms mit u.a. großen Eierstockzysten und z.T. schwerwiegenden Belastungen des Kreislaufsystems. Diese Risiken lassen sich nur vermeiden, rechtzeitig erkennen und beherrschen, wenn entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und Fachkenntnisse vorhanden sind.

Wird kein derartig risikobehaftetes Verfahren durchgeführt, erscheint es aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, die Therapieversuche auf vier zu beschränken (vgl. Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz) und eine eingehende Unterrichtung durchzuführen (vgl. Absatz 1 Nr. 5). Die übrigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen gelten aber auch für diese Inseminationen.

65/90

Absatz 3 trifft eine Klarstellung für den Fall, daß die Ehegatten nicht in derselben Krankenkasse versichert sind oder daß nur einer der Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. In diesen Fällen hat die Krankenkasse nur die Kosten der Maßnahmen zu übernehmen, die bei dem Ehegatten durchgeführt werden, der bei ihr versichert ist. Die Leistungen für den anderen Ehegatten sind damit keine "Nebenleistungen" der Leistungen an den versicherten Ehegatten.

Absatz 4 beauftragt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, die medizinischen Einzelheiten zur künstlichen Befruchtung im Rahmen der nach Absatz 1 vorgegebenen Voraussetzungen festzulegen, soweit entsprechende Maßnahmen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Dazu gehören die medizinischen Indikationen für die Behandlung sowie Regelungen, die die vorgeschriebene Erfolgsaussicht konkretisieren. In diesem Rahmen sollten Altersgrenzen vorgesehen werden, soweit diese medizinisch begründet sind. Bei den Anforderungen an die fachliche Qualifikation des die Ehegatten unterrichtenden Arztes sollten die Richtlinien berücksichtigen, daß das vorgesehene Informationsgespräch reproduktionsmedizinische Spezialkenntnisse und die psychosoziale Kompetenz des Arztes erfordert.

Zu Nummer 3 (§ 73 Abs. 2 Nr. 10 SGB V)

Die Ergänzung stellt klar, daß die künstliche Befruchtung Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung ist, wenn sie in einer durch Landesrecht entsprechend genehmigten Kassenarztpraxis durchgeführt wird; dies gilt auch in den Fällen, in denen wegen der Behandlungsmethode keine Genehmigung erforderlich ist (vgl. § 121 a Abs. 2 des Entwurfs).

Zu Nummer 4 (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 SGB V)

Die Ergänzung ist eine Folgeänderung zu Nr. 2 (§ 27 a Abs. 4) und Nr. 3 (§ 73 Abs. 2 Nr. 10).

Zu Nummer 5 (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V)

Mit der Ergänzung werden die Verbände der Krankenkassen und der Krankenhäuser beauftragt, in den Verträgen über Art und Umfang der Krankenhausbehandlung Einzelheiten zur künstlichen Befruchtung nach § 27 a Abs. 1 zu regeln. Dazu gehören die medizinischen Indikationen für die Behandlung sowie Regelungen, die die vorgeschriebene Erfolgsaussicht konkretisieren. In diesem Rahmen sollten die Verträge medizinisch begründete Altersgrenzen vorsehen. Bei den Anforderungen an die fachliche Qualifikation des die Eheleute unterrichtenden Arztes sollten die Verträge berücksichtigen, daß das vorgesehene Informationsgespräch reproduktionsmedizinische Spezialkenntnisse und die psychosoziale Kompetenz des Arztes erfordert. Es wird davon ausgegangen, daß die Beteiligten die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und die Verträge nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 inhaltlich aufeinander abstimmen.

Zu Nummer 6 (§ 121 a SGB V)

Diese Vorschrift schreibt vor, daß Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, die von der Krankenkasse finanziert werden, nur von Leistungserbringern vorgenommen werden dürfen, denen das Land eine Genehmigung zur Durchführung solcher Maßnahmen erteilt hat. Die Maßnahmen können ambulant in einer Kassenarztpraxis oder - wo das Behandlungsziel nicht ambulant erreicht werden kann - stationär durchgeführt werden. Die verantwortliche Durchführung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erfordert besondere technische und personelle Voraussetzungen. Deshalb

soll die künstliche Befruchtung nur Ärzten und Einrichtungen vorbehalten werden, denen dafür eine besondere Genehmigung erteilt worden ist. Sie wird durch die zuständige Landesbehörde ausgesprochen.

Absatz 1 bestimmt in Satz 1, daß die Leistungen der künstlichen Befruchtung von der Krankenkasse nur dann erbracht werden dürfen, wenn das Land dem Leistungserbringer eine entsprechende Genehmigung erteilt hat. Die Vorschrift gilt nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Regelungen in ärztlichen Berufsordnungen zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bleiben unberührt.

Satz 2 enthält eine Sonderregelung für bestimmte Behandlungsmethoden bei Inseminationen. Diese Differenzierung ist im Hinblick auf die unterschiedliche Risikolage je nach Behandlungsmethode sinnvoll (vgl. die Ausführungen zu Nr. 2 - § 27 a Abs. 2). Inseminationen, die nicht unter Einsatz der beschriebenen Stimulationsverfahren vorgenommen werden (z.B. Inseminationen in Spontanzyklen), dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch von in Absatz 1 aufgeführten Ärzten und Einrichtungen erbracht werden, denen keine Genehmigung nach Absatz 2 erteilt worden ist.

Absatz 2 legt Anforderungen für die besonderen technischen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung näher fest. Das Erfordernis der Bedarfsgerechtigkeit soll einer Entwicklung vorbeugen, die durch immer mehr Leistungserbringer zu einem Absenken der Indikationsschwelle für künstliche Befruchtungen führt. Das Kriterium der Leistungsfähigkeit soll sicherstellen, daß der Arzt oder die Einrichtung die personellen, sachlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt, die für die vorgesehenen Maßnahmen medizinisch erforderlich sind. Die Ärzte und Einrichtungen haben auch durch Auswahl und Überwachung ihrer Mitarbeiter sicherzustellen, daß diese keine nach dem Embryonenschutzgesetz rechtswidrigen Taten begehen.

Absatz 3 regelt das Verfahren. Die vom Land zu bestimmende Behörde prüft, ob die in Absatz 2 vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt sind, und entscheidet, welchen Ärzten und Einrichtungen eine Genehmigung zur Durchführung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erteilt wird. Dabei hat sie die Bedarfssituation und den Grundsatz der Vielfalt der Einrichtungsträger zu berücksichtigen (vgl. dazu auch § 109 Abs. 2 SGB V).

Zu Nummer 7 (§ 269 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung zu § 27a SGB V. Sie bewirkt, daß Aufwendungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wie alle anderen Pflichtleistungen der Krankenbehandlung in der Krankenversicherung der Rentner ausgleichsfähig sind.

Zu Artikel 3 (Bundesvertriebenengesetz)

Zu Nummer 1:

Aussiedler, Übersiedler und ehemalige politische Häftlinge mit Ansprüchen nach § 90 b des Bundesvertriebenengesetzes erhalten zum Nachweis ihrer Anspruchsberechtigung gegenüber Leistungserbringern einen Berechtigungsschein der Krankenkasse (Bundesbehandlungsschein oder besonderer Berechtigungsschein für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten). Insbesondere bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung wird dieser Berechtigungsschein nicht immer dem Arzt vorgelegt, mit der Folge, daß die Anspruchsberechtigung nachträglich nicht mehr oder nur mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand festgestellt werden kann. Es ist daher notwendig, die Berechtigten zu verpflichten, den Berechtigungsschein dem Leistungserbringer (z.B. dem Arzt oder Zahnarzt) auszuhändigen. Damit wird den Aussiedlern, Übersiedlern und ehemaligen politi-

65/90

schen Häftlingen die gleiche Verpflichtung auferlegt wie den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach § 15 Abs. 2, 3 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, dem Leistungserbringer ihre Versicherungskarte oder einen Krankenschein oder Berechtigungsschein ihrer Krankenkasse auszuhandigen.

Zu Nummer 2:

Die Ergänzung ist aus den zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b genannten Gründen erforderlich.

Zu Artikel 4 (Soldatenversorgungsgesetz)

§ 64 e des Bundesversorgungsgesetzes soll nicht für Berechtigte nach dem Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Bundes-Seuchengesetz und sonstigen Entschädigungsgesetzen gelten, da die besonderen Gründe im Sinne dieser Vorschrift nur die Versorgung von Kriegsopfern betreffen (siehe Allgemeiner Teil der Begründung unter II., vorletzter Absatz).

Zu Artikel 5 (Zivildienstgesetz)

Wie zu Artikel 3.

Zu Artikel 6 (Opferentschädigungsgesetz)

Wie zu Artikel 3.

Zu Artikel 7 (Bundes-Seuchengesetz)

Wie zu Artikel 3.

Zu Artikel 8 (Berlinklausel)

Die Vorschrift enthält die übliche Berlinklausel.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift bestimmt das Inkrafttreten.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen gilt nur für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eingeleitet werden. Die Maßnahmen beginnen mit der Unterrichtung. Diese Regelung dient der Rechtsklarheit und vermeidet Abrechnungsschwierigkeiten.

65/90

Finanzielle Auswirkungen

1. Auswirkungen auf den Bundeshaushalt

1.1 Zusammenfassung für das Jahr 1990

1.1.1 Anpassung der Versorgungsbezüge

	Millionen DM
- Grundrenten	113,6
- Schwerstbeschädigtenzulagen	0,9
- Ausgleichs- und Elternrenten	23,3
- Ehegattenzuschlag	1,0
- Pflegezulagen	2,5
- Berufsschadens- und Schadensausgleich	
a) Minderung infolge Erhöhung der	
aa) Ausgleichsrente für Beschädigte	1,6
bb) Grundrente für Witwen	2,9
cc) Ausgleichsrente für Witwen	1,3
Minder Ausgaben insgesamt	5,8
b) Mehraufwand infolge Anpassung der	
Pauschbeträge für Hausfrauen	0,4
	5,4
Minder Ausgaben insgesamt	- 5,4
- Heiratsabfindungen	0,2
- Leistungen für Blinde	0,1
- Pauschbeträge als Ersatz für Kleider- und	
Wäscheverschleiß	1,3
- Kriegsofferfürsorge	3,4
- Aufwand nach Gesetzen, die das BVG für	
anwendbar erklären	2,4
	143,3

1.1.2 Kriegopferversorgung Deutscher in Ost- und Südosteuropa

	Millionen DM
- Anhebung der Leistungen nach	
Ost- und Südosteuropa	14,2
- Einschränkung der zusätzlichen	
Leistungen bei vorübergehendem	
Aufenthalt im Inland	- 7,6
Mehraufwendungen netto	6,6

1.1.3 Zusammenfassung

	Millionen DM
- Anpassung	143,3
- Versorgung Deutscher in Ost- und Südosteuropa	6,6
	<u>149,9</u>

1.2 Auswirkungen der Leistungserhöhungen auf die Folgejahre in Mio DM

	1991	1992	1993
1.2.1 Anpassung	274	261	248
1.2.2 Versorgung Deutscher in Ost- und Südosteuropa	13	12	12
	<u>287</u>	<u>273</u>	<u>260</u>

1.3 Diese Mehraufwendungen sind im Bundeshaushalt 1990 und in der mittelfristigen Finanzplanung bis 1993 enthalten.

2. Auswirkungen auf die Länderhaushalte

2.1 Kriegsofferfürsorge in Mio DM

1990	1991	1992	1993
<u>0,9</u>	<u>1,6</u>	<u>1,5</u>	<u>1,4</u>

2.2 Die finanziellen Belange der Länder werden auch geringfügig dadurch berührt, daß sich die Leistungserhöhungen auf Ansprüche nach dem Bundes-Seuchengesetz und dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten auswirken; die Kosten dieser Gesetze werden überwiegend von den Ländern getragen.

3. Durch die Verknüpfung anderer Leistungen mit der Höhe der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz ergeben sich auch mittelbare Auswirkungen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden, die wegen des Fehlens statistischer Unterlagen nicht beziffert werden können.
4. Auswirkungen auf die Haushalte der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben 1988 für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung rd. 10 Millionen DM ausgegeben. Wie hoch die Ausgaben im stationären Bereich waren, läßt sich nicht ermitteln. Angesichts eines Gesamtvolumens von 130 Milliarden DM in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1988 sind Beitragssatzsteigerungen bei den Krankenkassen infolge der Einführung der Leistungen bei künstlicher Befruchtung nicht zu erwarten. Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahme nicht belastet.

Auswirkungen auf das Preisgefüge

Von der im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz geringen Steigerung der Leistungsausgaben dürften in der derzeitigen konjunkturellen Situation Auswirkungen auf Einzelpreise und auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau nicht zu erwarten sein.

Das gleiche gilt für die Leistungen der Krankenkassen zur künstlichen Befruchtung wegen des im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen geringen Umfangs der voraussichtlichen Mehraufwendungen.

Auswirkungen von frauenpolitischer Bedeutung

Die Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Einführung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung sind von erheblicher frauenpolitischer Bedeutung. Sie verhindern eine rein medizintechnische Behandlung bei ungewollter Kinderlosigkeit und eine unkritische Anwendung der neuen Methoden der Fortpflanzungsmedizin durch eine umfassende Beratung des kinderlosen Ehepaares und durch eine Genehmigungspflicht für Leistungserbringer, die künstliche Befruchtungen durchführen. Diese Regelungen tragen auch der Würde der Frau und der Bedeutung der Entstehung neuen Lebens Rechnung.

Bundesrat

Drucksache 65/90 (Beschluß)

16.03.90

Stellungnahme des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung
der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie
zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften
(KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung
der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie
zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften
(KOV-Anpassungsgesetz 1990 - KOVAnpG 1990)

1. Zu Art. 1

Der Bundesrat hat in seiner 610. Sitzung am 16. März 1990
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen,
zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich
Stellung zu nehmen.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung im weiteren
Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die mit dem
10. Anpassungsgesetz - KOV eingeleitete und durch das
15. Anpassungsgesetz - KOV fortgeführte Abkopplung der
Leistungen der Kriegsopferfürsorge vom Recht der Sozial-
hilfe zielstrebig weitergeführt werden kann. Der Bundesrat
tritt dafür ein, die Leistungen der Kriegsopferfürsorge
von sozialhilferechtlichen Bezugsgrößen loszulösen und
im Hinblick auf das erbrachte Sonderopfer der Kriegs-
beschädigten und ihrer Hinterbliebenen für die staatliche
Gemeinschaft konsequent entschädigungsrechtlich aus-
zugestalten.

2. Zu Art. 1 nach Nr. 2 (§ 16 b BVG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinsichtlich der Berechnung des Versorgungskrankengeldes bei Selbständigen eine Änderung der Vorschrift des § 16 b BVG erfordert.

Begründung:

Nach der Rechtsprechung des BSG vom 15.2.1989 - 9/4 b RV 43/87 - und vom 4.7.1989 - 9 RVg 2/88 - kann Versorgungskrankengeld Selbständigen nach § 16 b BVG nicht deshalb versagt werden, weil kein steuerlicher Gewinn ausgewiesen wurde. Dies sei besonders im Aufbaustadium eines Betriebes und in Zeiten langfristiger Investitionsvorhaben zu beachten.

Auch kann nach dieser Rechtsprechung ein Einkommensteuerbescheid, der nicht unanfechtbar ist, ein Vorbehaltsbescheid oder ein Bescheid der Finanzbehörde, der länger als 1 Jahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zurückliegt, nicht für die Berechnung des Versorgungskrankengeldes herangezogen werden.

Die in der Sache wohl berechnete Rechtsprechung in den vorgenannten Urteilen kann aus dem Wortlaut der Vorschrift nicht hergeleitet werden.

3. Zu Art. 1 nach Nr. 4 (§ 24 Abs. 2 BVG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, ob nicht in § 24 Abs. 2 BVG eine Regelung getroffen werden kann, daß der Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst, der bei einer wegen Folgen der Schädigung notwendigen Begleitperson entsteht, auch im Zusammenhang mit Leistungen möglich ist, welche die Krankenkasse zur Behandlung von Schädigungsfolgen erbringt.

Begründung:

Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst einer notwendigen Begleitperson sollte nicht davon abhängig sein, ob die Krankenkasse oder die Versorgungsverwaltung für die Leistungserbringung zuständig ist.

4. Zu Art. 1 Nr. 22 Buchst. a (§ 64 a Abs. 2 BVG)

In Nummer 22 Buchst. a ist § 64 a Abs. 2 wie folgt zu fassen:

"(2) Versorgungskrankengeld und Beihilfe nach § 17 sind ausgeschlossen. Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die nicht Folge einer Schädigung sind, Krankenbehandlung und Leistungen nach § 10 Abs. 6 Satz 1 und § 11 Abs. 4 sind ausgeschlossen, soweit sie nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht werden können. Anstelle der nach den Sätzen 1 und 2 ausgeschlossenen Leistungen kann eine Zuwendung bis zur zweifachen Höhe der Leistungen gegeben werden, die der Versorgungsberechtigte im Geltungsbereich dieses Gesetzes erhalten könnte; die Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel können in voller Höhe ersetzt werden."

Begründung:

Klarstellung. Der Gesetzentwurf könnte dahin mißverstanden werden, daß Versorgungskrankengeld und Beihilfe nicht ausgeschlossen sind, wenn der Versorgungsberechtigte diese Leistungen im Geltungsbereich des Gesetzes entgegennehmen kann.

5. Zu Art. 1 nach Nr. 22 (§ 64 c Abs. 2 BVG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob § 64 c Abs. 2 BVG im Hinblick auf § 30 Abs. 6 bis 8 BVG in der Fassung des KOV-Strukturgesetzes zu ergänzen ist.

Begründung:

Bei der Festsetzung des Berufsschadensausgleichs in den Fällen des § 64c Absatz 2 Satz 2 oder 3 tritt an die Stelle des tatsächlichen Einkommens aus gegenwärtiger oder früherer Tätigkeit bzw. des vor der Übersiedlung erzielten Erwerbseinkommens fiktiv das Durchschnittseinkommen der Berufs- oder Wirtschaftsgruppe, der der Beschädigte im Inland angehören würde oder angehört hat. Diese Regelung entspricht der durch § 30 Absatz 11 für Nachschadensfälle getroffenen Regelung.

Für die Fälle der Sätze 2 und 3, in denen gemäß § 30 Absatz 3, letzter Satzteil, alternativ als Berufsschadensausgleich nach Absatz 6 der Nettoeinkommensverlust zu gewähren ist, ist deshalb ebenfalls eine Sonderregelung erforderlich, wie sie für die Nachschadensfälle § 30 Absatz 8 Satz 2 vorsieht.

6. Zu Art. 1 Nr. 23 (§ 64 e Abs. 2, 5 BVG)

- a) In Nummer 23 ist § 64 e Abs. 2 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Die Teilversorgung umfaßt Grundrente einschließlich der Abfindung nach § 44 Abs. 1, Schwerstbeschädigtenzulage, Pflegezulage, Elternrente und Bestattungsgeld in Höhe von 40 vom Hundert der sich aus den §§ 31, 35, 36, 40, 46, 51 und 53 ergebenden Beträge sowie Sterbegeld nach § 37."

Satz 2 ist zu streichen.

- b) In Nummer 23 sind in § 64 e Abs. 5 Satz 2 die Worte "von einem Drittel" zu streichen.

Begründung zu a:

Grundsätzlich haben auch Kriegsoffer in Ost- und Südosteuropa Anspruch auf volle Versorgung. Kürzungen sind nur insoweit gerechtfertigt, als die von § 64 e Abs. 5 des Regierungsentwurfs erfaßten Gründe dies gebieten. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand wird ein Ableitungssatz von 40 vom Hundert dem gerecht. Zugleich wird die Versorgung in einem Umfang sichergestellt, der es den Kriegsoffern ermöglicht, in ihren Wohnsitzstaaten zu verbleiben.

Der Antrag will einen einheitlichen Ableitungssatz festlegen, um unterschiedliche Kürzungen der verschiedenen Gruppen von Kriegsoffern auszuschließen. Die abweichende Lösung des Regierungsentwurfs, welche die Versorgung der Schwerbeschädigten und der Hinterbliebenen erheblich stärker kürzt als die der Minderbeschädigten, ist nicht gerechtfertigt. Auch die Unterschiede zwischen dem Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland und den Sozialleistungssystemen des Auslandes zwingen nicht dazu, in der Teilversorgung fundamentale Grundsätze der Differenzierung von Leistungen der Kriegsofferversorgung aufzugeben. Eine Abweichung von diesen Grundsätzen ist auch sozialpolitisch nicht wünschenswert, weil mit der Teilversorgung zugleich das Verständnis der Bundesrepublik Deutschland von sozialer Gerechtigkeit exportiert wird. Diesem Verständnis widerspricht es, Minderbeschädigte ungleich stärker zu begünstigen als Schwerbeschädigte und Hinterbliebene, wie es die Bundesregierung unter Berufung auf ausländisches Versorgungsrecht vorsieht. Überdies ist wegen der vielfältigen Unterschiede zwischen diesem ausländischen Versorgungsrecht und dem Bundesversorgungsgesetz eine Vergleichbarkeit nicht gegeben. Eine Verpflichtung zur Anpassung der Teilversorgung an ausländisches Versorgungsrecht kann auch nicht aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.2.1989 abgeleitet werden, weil es gerade Zweck der gesetzlichen Neuregelung ist, das dem Urteil zugrunde liegende Recht zu ändern.

Begründung zu b:

Folgeänderung.

7. Zu Art. 1 Nr. 23 (§ 64 e Abs. 5 BVG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob § 64 e Abs. 5 BVG dahingehend zu ändern ist, daß durch Rechtsverordnung abweichende Ableitungssätze auch für einzelne Staaten anders festgelegt werden können.

Begründung:

Nachdem in den osteuropäischen Ländern mit unterschiedlichen und sich derzeit schnell ändernden Entwicklungen im wirtschaftlichen und sozialen Bereich zu rechnen ist, wird es erforderlich, eine Regelung zu schaffen, mit der den geänderten Verhältnissen in den einzelnen Wohnsitzstaaten jeweils schnell Rechnung getragen werden kann.

8. Zu Art. 1 Nr. 24 (§ 64 f Abs. 2 BVG)

Die Nummer 24 ist wie folgt zu fassen:

'24. § 64 f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

"§ 15 Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch
gilt entsprechend."

b) In Absatz 3 wird die Bezeichnung "des § 64 Abs. 2
Satz 4, ... (weiter wie in Nummer 24 der Vorlage)"

Begründung zu a:

Die Einführung einer Entschädigung
ist geboten, weil kein sachlicher
Grund besteht, in diesem Punkt Vertreter
nach § 64 f BVG anders zu stellen,
als Vertreter nach § 15 SGB X.

9. Zu Art. 2 nach Nr. 2 (§ 37 Abs. 1, 2 SGB V)

Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2 a einzufügen:

'2 a. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird, oder wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist."

b) Absatz 2 wird gestrichen.'

Begründung:

Die Änderung greift hinsichtlich der Gewährung häuslicher Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung § 37 SGB V i.d.F. des damaligen Regierungsentwurfs wieder auf. Dadurch wird diese Form der Leistungserbringung zur Pflichtleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zugleich ausgleichsfähig in der Krankenversicherung der Rentner.

Die Anpassung der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung als Satzungsleistung hat sich nicht bewährt.

Zahlreiche Krankenkassen haben die Satzungsleistung befristet, weil sie beitragsatzrelevante Einnahmeausfälle durch die fehlende Ausgleichsfähigkeit von satzungsmäßigen Mehrleistungen in der Krankenversicherung der Rentner befürchten.

Bei der Einstellung oder Einschränkung von Satzungsleistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V muß mit einer wesentlich kostenaufwendigeren Leistungserbringung im Rahmen der ärztlichen Behandlung gerechnet werden.

10. Zu Art. 2 nach Nr. 3 (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V)
nach Nr. 6 (§ 122 Abs. 2, 5 SGB V)

a) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3 a einzufügen:

'3 a. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 wird wie folgt gefaßt:

"9. fachliche und verfahrensmäßige Vorbereitung und Durchführung der Abstimmung im Großgeräteausschuß (§ 122) über die von zugelassenen oder ermächtigten Ärzten oder von ärztlich geleiteten Einrichtungen beantragte Zuordnung von medizinisch-technischen Großgeräten."

69/90

b) Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6 a einzufügen:

'6 a. § 122 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Die Umsetzung der Abstimmungsergebnisse
des Großgeräteausschusses erfolgt

- für den ambulanten Bereich durch die
zuständige Kassenärztliche Vereinigung,
- für den stationären Bereich durch die
zuständige Landesbehörde."

bb) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz 3
angefügt:

"Über die Festlegung zur Genehmigung eines
Großgerätestandortes wird von der zuständigen
Stelle ein Bescheid (Standortbescheid)
erteilt."

cc) In Absatz 5 werden die Worte "Entscheidungen
des Großgeräteausschusses und des Landes"
ersetzt durch die Worte "Standortbescheide
nach Absatz 2 Satz 3".'

Begründung zu a:

Mit der Neufassung soll der Inhalt der Richtlinien des Bundesausschusses über medizinisch-technische Großgeräte besser an die Regelung des § 122 angepaßt werden. Insbesondere wird klargestellt, daß die Richtlinien nur Regelungen über die fachliche und verfahrensmäßige Vorbereitung und Durchführung der Abstimmung im Großgeräteausschuß über Abgrenzung, Bedarf und Standorte der Großgeräte treffen können.

Begründung zu b:

zu aa: Die Änderung von Satz 2 im zweiten Absatz stellt klar, daß die Abstimmungsergebnisse des Großgeräteausschusses für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Landesbehörden verbindlich und von ihnen jeweils für ihren eigenen Bereich in die Praxis umzusetzen sind. Die Änderung ist im Zusammenhang mit der neuen Fassung von § 92 Abs. 1 Nr. 9 zu sehen.

zu bb: Klarstellung, daß die Verwaltungsakte im Zusammenhang mit der Zuordnung von Großgeräten für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und für den Bereich der Krankenhausbehandlung von der zuständigen Landesbehörde erlassen werden.

zu cc: Folgeänderung zu Absatz 2 Satz 3.

11. Zu Art. 2 Nr. 6 b -neu- (§ 269 SGB V)

Nach Nummer 6 ist folgende neue Nummer 6 b einzufügen:

'6 b. § 269 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden nach dem Wort "Abs. 1" die Worte "und 4" eingefügt.
- b) In Nummer 2 werden nach der Zahl "39" die Worte "und 40 Abs. 2" eingefügt.'

Begründung:

Die stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Rentner haben durch das Gesundheits-Reformgesetz eine besondere Aufwertung erfahren. Die Krankenkassen haben Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu gewährleisten, wenn sie zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Überall in der Bundesrepublik Deutschland ist eine umfassende Verbesserung der Versorgung alter und kranker Menschen durch den Ausbau der stationären Rehabilitationsmaßnahmen - und hier vor allem im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung - vorgesehen. Diese Maßnahmen sollen die hohen Fehlbelegungsquoten in den Krankenhäusern abbauen und den älteren Menschen ermöglichen, solange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld zu leben.

Die Regelung im Gesundheits-Reformgesetz, wonach die stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nicht in den Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner einfließen, ist ein Hindernis für den Ausbau von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für ältere Menschen. Diese Regelung läßt befürchten, daß die Zeit der kostenintensiven Krankenhausbehandlung ausgedehnt wird, weil die Kosten hierfür in den Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner eingehen und die teure Krankenhausbehandlung die Krankenkassen im Ergebnis weniger belastet als die preiswerte stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung.

Die Aufwendungen für stationäre Versorgung- und Rehabilitationsleistungen werden deshalb in den KVdR-Finanzausgleich einbezogen.

12. Zu Art. 3 ff. (§ 90 b BVFG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, Regelungen zu treffen, die sicherstellen, daß den Ortskrankenkassen sämtliche Kosten der ärztlichen Versorgung in den Durchgangslagern für Aus- und Übersiedler erstattet werden.

Begründung:

Zum Nachweis der Berechtigung nach § 90 b Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a) und b) BVFG verlangen die für die Standorte der Durchgangslager zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkassen von den in den Lagern untergebrachten Personen die Vorlage der Registrierscheine. Diese werden jedoch regelmäßig erst nach Abschluß des Verfahrens beim Verlassen der Lager ausgestellt. Daraus folgt, daß für die bisher nicht registrierten Personen, die sich im Lager aufhalten, bis zur Ausstellung der Registrierscheine Versicherungsschutz zunächst vorsorglich verwehrt und die Ausstellung von Bundesbehandlungsscheinen abgelehnt wird. Es muß daher sichergestellt werden, daß die Kostentragung für die ärztliche Versorgung in der Zeit zwischen der Aufnahme in einem Durchgangslager und der Entscheidung über die Registrierung dergestalt geregelt ist, daß diese Kosten vom Bund ohne Rücksicht auf das Ergebnis der Registrierung übernommen werden.

65/90

13. Nach Art. 7 (§ 7 Abs. 1 Satz 2 -neu-,
§ 62 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SchwbG)
Art. 9 Abs. 2, 3 (Inkrafttreten)

Nach Artikel 7 ist folgender Artikel 7 a einzufügen:

"Artikel 7 a
Änderung des Schwerbehindertengesetzes

Das Schwerbehindertengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1986 (BGBl. I S. 1421, 1550), das zuletzt durch geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 7 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Auszubildende im Sinne des Schwerbehindertengesetzes sind auch Beamtenanwärter und Dienstanfänger."

Als Folge ist in Artikel 9 Abs. 3 nach der Bezeichnung "§ 64 e Abs. 5" die Bezeichnung ", Artikel 7 a Nr. 1" einzufügen.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Arbeitsplätze im Sinne des Schwerbehindertengesetzes sind nach dem Wortlaut des § 7 Abs. 1 nur die Stellen, auf denen die genannten Personen beschäftigt werden. Auch Beamtenanwärter und Dienstanfänger werden für einen Beruf ausgebildet und sind deshalb als "Auszubildende" zu behandeln.

2. In § 62 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 werden nach den Worten
"vom Hundert und" die Worte "der Hälfte" eingefügt.

Als Folge sind in Artikel 9 Abs. 2 nach den Worten
"1. Januar 1989" die Worte ", Artikel 7 a Nr. 2 mit Wirkung
vom 1. Januar 1990" einzufügen.

Begründung:

Die Änderung ist erforderlich, da nur etwa die
Hälfte der Schwerbehinderten, bei denen die
Notwendigkeit einer ständigen Begleitung im
Schwerbehindertenausweis eingetragen ist, den
öffentlichen Personenverkehr und damit auch
das Freifahrtrecht der Begleitperson in An-
spruch nehmen.

14. Zu Art. 9 Abs. 1, 4 -neu- (Inkrafttreten)

Artikel 9 ist wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 1 sind die Worte "Absätzen 2 und 3" durch die Worte "Absätzen 2 bis 4" zu ersetzen.

b) Nach Absatz 3 ist folgender Absatz anzufügen:

"(4) Artikel 2 Nr. 1, 2 und 3 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1990 in Kraft".

Begründung:

Die zeitliche Verzögerung des Inkrafttretens der Regelung über die Leistungspflicht der Krankenkassen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wirkt sich für die betroffenen Ehepaare nachhaltig aus. Die Bestimmung über die Leistungspflicht der Krankenkassen sollte deshalb auch für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gelten, die vor Inkrafttreten des Gesetzes eingeleitet wurden.

Die rückwirkende Einführung der Leistungspflicht bereits ab 1. Januar 1990 entspricht der berechtigten Forderung der betroffenen Ehepaare nach einer raschen Lösung.