

19.09.91

G - AS - FJ - FS - In

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

A. Zielsetzung

Die Erfahrungen mit der Gesundheitsreform zeigen: Die Reform ist richtig angelegt und hat sich insgesamt bewährt. Bei einigen Regelungen sind jedoch Änderungen, die eine bessere Sozialverträglichkeit bewirken, und Leistungsverbesserungen angezeigt.

B. Lösung

- Herabsetzung der Obergrenze bei der 15%igen Zuzahlung für Arzneimittel von 15,00 DM auf 10,00 DM und Einführung einer Mindestzuzahlung von 1,00 DM.
- Verdoppelung der Bezugsdauer beim Kinderkrankengeld und Heraufsetzung der Altersgrenze von 8 auf 12 Jahre.
- Klarstellung beim Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen.
- Erleichterung bei der Vorversicherungszeit für Pflegeleistungen.
- Einführung einer gleitenden Härtefallregelung beim Zahnersatz.
- Entlastung der Versicherten im Beitrittsgebiet bei den HärteklauseIn.

Fristablauf: 31.10.91

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen führen zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von rd. 300 Mio DM. Die 15%ige Zuzahlung entlastet die gesetzliche Krankenversicherung ab 1992 um ca. 300 Mio DM jährlich.

Der Entlastung der Versicherten im Beitrittsgebiet bei den HärteklauseIn stehen Mehraufwendungen der GKV im Beitrittsgebiet von 0,8 bis 1,2 Mrd DM im Jahre 1992 gegenüber.

Bundesrat

Drucksache 539/91

19.09.91

G - AS - FJ - FS - In

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 19. September 1991

021 (311) - 800 00 - So 154/91

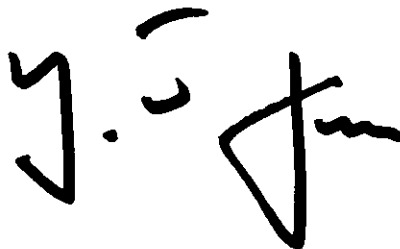
An den
Präsidenten des Bundesrates

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

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist der Bundesminister für Gesundheit.



Fristablauf: 31.10.91

Entwurf
eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen

Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 31 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

"(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- und Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist, eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, mindestens eine Deutsche Mark und höchstens zehn Deutsche Mark je Mittel, an die abgebende Stelle zu leisten. Pfennigbeträge sind auf den nächstniedrigeren durch zehn teilbaren Betrag abzurunden."

2. In § 38 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte "achte Lebensjahr" durch die Worte "zwölfte Lebensjahr" ersetzt.

3. Nach § 43 wird eingefügt:

"§ 43a

Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen."

4. § 45 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte "achte Lebensjahr" durch die Worte "zwölfte Lebensjahr" ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für zehn Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr."

5. § 54 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit

1. mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums oder mindestens 180 Kalendermonate und
2. in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate

Mitglied oder nach § 10 versichert waren."

6. In § 62 wird nach Absatz 2 eingefügt:

"(2a) Die Krankenkasse hat den vom Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen, soweit er das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 61 und der zur vollständigen Befreiung nach § 61 maßgebenden Einnahmengrenze übersteigt. Der vom Versicherten zu tragende Teil erhöht sich im Falle des § 30 Abs. 5 Satz 2 um zehn von Hundert der berechnungsfähigen Kosten. Der vom Versicherten nach den Sätzen 1 und 2 zu tragende Teil darf den vom Versicherten nach § 30 Abs. 1 zu tragenden Teil nicht überschreiten."

7. § 119 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird gestrichen.
- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

8. § 310 Abs. 11 wird wie folgt gefaßt:

"(11) Bei der Anwendung der §§ 61 und 62 sind im Beitrittsgebiet die monatliche Bezugsgröße und die Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen, die für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet gelten."

Artikel 2

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

Dem § 14 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch (BGBl. I S. ...), wird folgender Satz angefügt:

"Für die Berechnung der Vorversicherungszeit von 180 Kalendermonaten sind auch Versicherungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem 1. Oktober 1972 zu berücksichtigen."

Artikel 3

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1992 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 6 gilt nur für Behandlungsfälle, bei denen der Heil- und Kostenplan nach dem 31. Dezember 1991 erstellt wird.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) neu geordnet worden.

Die Erfahrungen mit der Gesundheitsreform zeigen: Die Reform ist richtig angelegt und hat sich insgesamt bewährt. Eine Reform der Reform ist deshalb nicht erforderlich.

Die Bundesregierung hat anlässlich der Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes angekündigt, daß die Auswirkungen der Gesundheitsreform geprüft sowie notwendigen Anpassungen Rechnung getragen werden soll. Die Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und der FDP haben dies in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991 bekräftigt. Aufgrund dieser Prüfung werden mit dem Gesetzentwurf folgende Änderungen vorgeschlagen:

1. Herabsetzung des Höchstbetrages bei der Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel

Das geltende Recht sieht ab 1.1.1992 eine Zuzahlung von 15 v. H., jedoch höchstens 15,-- DM je Mittel, vor. Am Grundsatz der 15 %igen Zuzahlung wird festgehalten. Die ab 1.1.1992 zunächst vorgesehene Obergrenze von 15,-- DM (§ 31 Abs. 3 Nr. 2) wird aus Gründen der Sozialverträglichkeit auf 10,-- DM herabgesetzt. Ferner wird eine Mindestzuzahlung von 1,-- DM eingeführt.

2. Erleichterung bei der Vorversicherungszeit für Pflegeleistungen

Die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit gemäß den § 53 ff. SGB V setzen Vorversicherungszeiten voraus. Danach muß der Versicherte u.a. seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums versichert gewesen sein. Insbesondere bei älteren Versicherten ergeben sich nicht selten Fallgestaltungen, wonach bei langjähriger Mitgliedschaft gerade in der zweiten Hälfte des Arbeitslebens Unterbrechungen vorliegen. In dem Gesetzentwurf wird eine Regelung getroffen, wonach alternativ zur Neun-Zehntel-Regelung auch eine Vorversicherungszeit von 15 Jahren ausreicht.

Damit wird auch einer häufig an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages herangetragenen Forderung Rechnung getragen.

3. Härteklausel Zahnersatz

Nach geltendem Recht wird der von Versicherten zu tragende Teil der Zahnersatzkosten (40 %) von der Krankenkasse dann voll übernommen, wenn der Versicherte unter der Einkommensgrenze des § 61 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) liegt. Die Einkommensgrenze liegt bei Alleinstehenden z.Zt. bei 1.344,-- DM monatlich. Bei einer auch nur geringfügigen Überschreitung dieser Grenze ist der volle Eigenanteil zu zahlen. Dies kann in einzelnen Fällen zu großen finanziellen Belastungen führen. Nach dem Änderungsvorschlag wird die bisherige starre Regelung durch eine stufenweise Eigenbeteiligung abgelöst, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten besser berücksichtigt.

4. Härteklauseln im Beitrittsgebiet

Bei den Härteklauseln im Beitrittsgebiet werden die für das alte Bundesgebiet geltenden Einkommensgrenzen eingeführt, um die Versicherten zu entlasten.

5. Neben diesen Regelungen zur besseren Sozialverträglichkeit besteht Klarstellungsbedarf bei den nichtärztlichen sozialpädagogischen Leistungen.

Bislang fehlte eine leistungsrechtliche Vorschrift, die versicherten Kindern einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädagogische Leistungen einräumt. Der Gesetzentwurf schafft die entsprechende Rechtsgrundlage.

Der Gesetzentwurf sieht neben diesen Anpassungen der Gesundheitsreform die Verbesserung einer familienpolitischen Leistung, des sog. Kinderkrankengeldes, vor.

Die Koalitionsparteien CDU, CSU und FDP haben in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991 beschlossen, den Anspruch auf Freistellung von der Arbeit zur Pflege kranker Kinder von bisher 5 auf künftig 10 Tage für jeden Ehepartner und auf 20 Tage für Alleinerziehende zu erweitern. Hierbei soll die Altersgrenze der zu pflegenden Kinder allgemein auf 12 Jahre angehoben werden.

Diese Erweiterung des Freistellungsanspruchs knüpft an das Übergangsrecht in den neuen Bundesländern an. Dort hatten Versicherte Anspruch auf Unterstützung bei der Pflege erkrankter Kinder (Kinder-Unterstützung) nach dem Sozialversicherungsrecht der ehemaligen DDR, die über die Regelungen des SGB V hinausgingen. Das im Einigungsvertrag enthaltende Übergangsrecht ist am 30. Juni 1991 ausgelaufen.

Die Leistungsverbesserung bedeutet im Ergebnis eine Verdoppelung des bisher bestehenden Anspruchs, für Alleinerziehende sogar eine Vervierfachung. Sie berücksichtigt auch ein immer wieder an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages gerichtetes Anliegen betroffener Eltern.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 (§ 31)

Die Neufassung des Absatzes 3 sieht für die 15 %ige Zuzahlung, die nach § 31 Abs. 3 Nr. 2 zum 1.1.1992 in Kraft tritt, einen Mindestbetrag von 1,-- DM vor; die zunächst vorgesehene Obergrenze von 15,-- DM wird aus Gründen der Sozialverträglichkeit auf 10,-- DM herabgesetzt. Kosten im Sinne des Absatzes 3, von denen die Zuzahlung zu leisten ist, sind die Abgabepreise der abgebenden Stelle. Deshalb werden bei der Berechnung der Zuzahlung weder der Apothekenrabatt (§ 130) noch der Rechnungsabschlag nach § 311 a berücksichtigt.

Zu Nummer 2 (§ 38)

Folgeänderung aufgrund der Änderung durch Nummer 4 Buchstabe a

Zu Nummer 3 (§ 43a)

Die Vorschrift stellt klar, daß versicherte Kinder unter ärztlicher Verantwortung erbrachte nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die der Diagnostik und der Aufstellung eines Behandlungsplanes dienen, in Anspruch nehmen können und diese Leistungen von den Krankenkassen zu vergüten sind.

Zu Nummer 4 (§ 45)

Zu Buchstabe a

Als familienpolitische Maßnahme wird die Altersgrenze des Kindes vom 8. Lebensjahr auf das 12. Lebensjahr heraufgesetzt.

Zu Buchstabe b

Aus familienpolitischen Gründen wird die Bezugsdauer von Krankengeld bei Pflege eines erkrankten Kindes verdoppelt. Damit alle Kinder unabhängig davon, ob sie mit beiden Eltern oder nur mit einem Elternteil zusammenleben, gleichgestellt sind, wird der Anspruch für Alleinerziehende auf 20 Tage ausgedehnt. Als Alleinerziehende sind alleinstehende Väter und Mütter anzusehen, die mit ihrem Kind, für das ihnen die Personensorge zusteht, in einem Haushalt leben. Den Anspruch auf Krankengeld und damit auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung kann jeder versicherte Elternteil unabhängig von der Anzahl der erkrankten Kinder mit Rücksicht auf die finanzielle Situation der GKV und die Belastung der Arbeit Arbeitgeber jedoch nur für höchstens 25 Arbeitstage (alleinerziehende Versicherte 50 Arbeitstage) im Kalenderjahr geltend machen.

Zu Nummer 5 (§ 54)

Die Regelung des bisher geltenden Rechts über die Vorversicherungszeit kann auch bei langjährig Versicherten dazu führen, daß sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen. Im Interesse dieser Versicherten führt die Änderung als alternative Voraussetzung eine Mindestversicherungszeit von 180 Monaten ein. Diese kann auch in der ersten Hälfte des Erwerbslebens zurückgelegt worden sein.

Zu Nummer 6 (§ 62)

Absatz 2a führt beim Zahnersatz eine gleitende Härtefallregelung ein. Nach Satz 1 ist eine Zuzahlung in Höhe des dreifachen Unterschiedsbetrages zwischen den Einnahmen zum Lebensunterhalt und der zur vollständigen Befreiung führenden Belastungsgrenze zumutbar. Der darüber hinausgehende Betrag der auf den Versicherten entfallenden Kosten ist von der Krankenkasse zu tragen.

Satz 2 erhöht den Eigenanteil bei den Versicherten, die ihre Zähne nicht regelmäßig pflegen (§ 30 Abs. 5 SGB V). Dies stellt sicher, daß im Rahmen der Härtefallregelung die Bonusregelung nicht unterlaufen wird. Satz 3 stellt klar, daß die gleitende Härtefallregelung den Versicherten nicht stärker belasten soll, als es die Zuzuschußregelung des § 30 Abs. 1 vorsieht.

Zu Nummer 7 (§ 119)

Folgeänderung zur Einfügung des § 43a SGB V

Zu Nummer 8 (§ 310)

Die Vorschrift dient der besseren Sozialverträglichkeit. Mit der Neuregelung wird erreicht, daß für die Versicherten im Beitrittsgebiet im Rahmen der Härteklauseln der §§ 61 und 62 SGB V dieselben Einkommensgrenzen gelten wie im alten Bundesgebiet. Dies führt gegenüber dem geltenden Recht zu einer erheblichen Entlastung der Versicherten im Beitrittsgebiet von Zuzahlungen.

Zu Artikel 2 - Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

Folgeänderung aufgrund der Änderung in Artikel 1 Nummer 5. Sie stellt sicher, daß auch Versicherungszeiten, die vor der Einführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (1.10.1972) in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegt wurden, berücksichtigt werden.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Absatz 1 bestimmt, daß das Gesetz am 1. Januar 1992 in Kraft tritt.

Absatz 2 stellt klar, daß die Neuregelung nicht auf Behandlungsfälle anzuwenden ist, die vor Inkrafttreten der Neuregelung begonnen haben.

C. Finanzielle Auswirkungen

Durch die 15 %ige Zuzahlung mit der Obergrenze von 10,-- DM (vgl. § 31 Abs. 3 n.F.) wird die gesetzliche Krankenversicherung im Vergleich zum bis Ende 1991 geltenden Recht um ca. 300 Mio DM jährlich entlastet.

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen führen zu einer finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 300 Mio DM jährlich. Davon entfallen auf

- Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen	20 Mio DM
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	80 Mio DM
- Häusliche Pflegehilfe	100 Mio DM
- Härtefallregelung beim Zahnersatz	100 Mio DM

Die finanzielle Belastung des Bundeshaushalts durch den Zuschuß zu den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung läßt sich nicht quantifizieren, dürfte aber sehr gering sein.

Die Änderung bei den Härteklauseln im Beitrittsgebiet führt aus heutiger Sicht zu Mehraufwendungen der GKV im Beitrittsgebiet von 0,8 bis 1,2 Mrd. DM im Jahr 1992.

D. Preiswirkungsklausel

Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen bewegen sich in einem finanziellen Rahmen, der bezogen auf alle Kassen im Bundesgebiet für sich genommen nicht zu einer Erhöhung der Beitragssätze führen muß. Die Änderung der Einkommensgrenzen in den Härtefallklauseln (§§ 61 und 62) für das Beitrittsgebiet führt aus heutiger Sicht zu Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung von 0,8 bis 1,2 Mrd. DM im Jahr 1992. In den Folgejahren gehen diese entsprechend der Angleichung des Einkommensniveaus im Beitrittsgebiet an das alte Bundesgebiet zurück, ohne daß hier derzeit nähere Quantifizierungen möglich sind. Bei dieser Sachlage sind aus den in diesem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen keine Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, zu erwarten.

Bundesrat

Drucksache

ca. 22 Seiten

539/91 (Beschluß)

18.10.91

Stellungnahme

des Bundesrates

zum

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

/ Der Bundesrat hat in seiner 635. Sitzung am 18. Oktober 1991
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem
Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung zu
nehmen.

Anlage

S t e l l u n g n a h m e
zum
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Zu Art. 1

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Voraussetzungen dafür herbeizuführen, daß die von der Sozialversicherung der DDR auf die gesetzliche Krankenversicherung übergegangenen Liquiditätsmittel den Krankenkassen im Beitrittsgebiet endgültig erhalten bleiben.

Begründung:

Die derzeit teilweise zu verzeichnenden Liquiditätsüberschüsse sind kein realer Gradmesser für die tatsächliche Finanzsituation der Krankenkassen im Beitrittsgebiet. Es handelt sich vielmehr um eine Augenblicksaufnahme, die systembedingte Anpassungsschwierigkeiten widerspiegelt. Nach deren Überwindung ist zu erwarten, daß die Finanzentwicklung sich im 2. Halbjahr 1991 und im Jahre 1992 deutlich verschlechtern wird. Dies folgt zum einen daraus, daß viele Abrechnungen von Leistungserbringern bislang nicht vorgelegt worden sind. Zum anderen zeichnet sich eine starke Ausgabensteigerung in verschiedenen Leistungsbereichen, z.B. bei den Arzneimitteln, ab. Weitere Kostensteigerungen sind zu erwarten, u.a. durch die leistungverbessernden Maßnahmen, die in diesem Gesetzesentwurf vorgegeben sind. Defizite sind mithin vorgezeichnet. Sie würden den Beitragssatz der Krankenkassen entscheidend vorbelasten. Die dann erforderliche Beitragssatzsteigerung würde jedoch den Strukturwandel in den neuen Bundesländern erschweren und den eingeleiteten wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Maßnahmen zuwiderlaufen. Auch die Aufbauarbeit der Krankenkassen würde erheblich beeinträchtigt.

Ein Verzicht auf die Rückzahlung der Liquiditätshilfe wird den Druck auf den Beitragssatz erheblich mildern. Zudem ist eine solche Maßnahme geeignet, dazu beizutragen, den Menschen in den neuen Bundesländern eine Zukunftsperspektive zu geben.

2. Zu Art. 1 vor Nummer 1 -neu- (§ 9 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2 Nr. 6)

In Artikel 1 ist vor Nummer 1 folgende Nummer 01 einzufügen:

'01. § 9 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

"6. Personen, die an studienvorbereitenden Sprachkursen oder Studienkollegs teilnehmen."

2. In Absatz 2 Nummer 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

6. im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 nach Anmeldung zu einem studienvorbereitenden Sprachkurs oder Studienkolleg."

Begründung:

Bis zum Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes konnten die Teilnehmer an studienvorbereitenden Sprachkursen und Studienkollegs der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten (§ 176 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RVO a.F.). Dieses Beitrittsrecht ist seit dem 1.1.1989 ersatzlos entfallen. Die Studienkollegiaten gehören auch nicht zum Kreis der versicherungspflichtigen Studenten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V. Bei ihnen handelt es sich vielmehr um Teilnehmer an studienvorbereitenden Maßnahmen, deren erfolgreicher Abschluß erst die Voraussetzung für ein Fachstudium bildet, das dann Versicherungspflicht auslösen würde. Dies hat zur Folge, daß Studienkollegiaten keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung besitzen.

Dieser Zustand hat sich als äußerst unbefriedigend erwiesen. Die Studienbewerber, die meist aus Ländern der Dritten Welt stammen, sind bereits finanziell meist nicht in der Lage, die Kosten für eine private Krankenversicherung aufzubringen. Von ca. 4.000 Betroffenen sind derzeit mindestens 50 % ohne jeden Krankenversicherungsschutz.

Vor diesem Hintergrund ist es zu zahlreichen Petitionen gekommen. Sowohl die Petitionsausschüsse des Deutschen Bundestages als auch des Landtages Nordrhein-Westfalen halten die gegenwärtige Regelung für unbefriedigend. Sie haben sich für eine Lösung ausgesprochen, die die finanziellen Möglichkeiten der Kollegiaten aus der Dritten Welt berücksichtigt. Der Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages hat seine Bechlußempfehlung den Fraktionen zur Kenntnis und der Bundesregierung als Material zugeleitet, damit sie bei der zukünftigen Gesetzgebung in die Erwägungen einbezogen wird. Der Petitionsausschuß des Landtages NRW hat ebenfalls darum gebeten.

Mit der Änderung wird der bis Ende 1988 bestehende Rechtszustand wieder hergestellt und den Teilnehmern an studienvorbereitenden Sprachkursen und Studienkollegs die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung erneut eröffnet.

3. Zu Art. 1 vor Nummer 1 (§ 21 Abs. 3 -neu-)

In Artikel 1 ist vor Nummer 1 folgende Nummer 02 einzufügen:

'02. In § 21 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 nicht bis zum 30. Juni 1992 zustande, werden Inhalt und Finanzierung der Gruppenprophylaxe durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt."

Begründung:

Eine Verordnungsermächtigung der Landesregierung zur Regelung der Inhalte und Finanzierung der Gruppenprophylaxe wird für erforderlich angesehen, weil der Abschluß von Rahmenvereinbarungen in diesem Bereich anders nicht in jedem Falle gewährleistet werden kann.

4. Zu Art. 1 Nr. 1 (§ 31 Abs. 3 Nr. 2)

Art. 1 nach Nummer 7 (§ 310 Abs. 4 Satz 2)

a) Artikel 1 Nr. 1 ist wie folgt zu fassen:

'1. In § 31 Abs. 3 Nr. 2 werden die Worte "01. Januar 1992" durch die Worte "01. Januar 1995" ersetzt.'

b) In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7x einzufügen:

'7x. In § 310 Abs. 4 Satz 2 werden die Worte "31. Dezember 1991" durch die Worte "31. Dezember 1994" ersetzt.'

Begründung

zu a:

Das Gesundheits-Reformgesetz ist davon ausgegangen, daß bis zum 01.01.1992 für 80 % der Arzneimittel Festbeträge vereinbart werden können. Dieses Ziel wird nicht erreicht werden können. Bislang sind Festbeträge lediglich für ca. 30 % der Arzneimittel verwirklicht.

Mit dem Wegfall der bei den Beratungen des Gesundheits-Reformgesetzes aufgestellten Geschäftsgrundlage muß zwangsläufig auch die Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten auf 15 % vom 01.01.1992 an entfallen. Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Neuregelung würde zu einer nicht vertretbaren Mehrbelastung der Versicherten führen. Insbesondere Rentner wären von der Neuregelung stärker betroffen als andere Bevölkerungsgruppen. Sie würden künftig im Durchschnitt 75,80 DM im Jahr statt bisher 47,90 DM zuzahlen müssen.

Diese Gründe und die Tatsache, daß eine grundlegende Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der verfügbaren Zeit nicht möglich ist, erfordern, daß das Inkrafttreten der 15-Prozent-Eigenbeteiligung zunächst um 3 Jahre verschoben wird. Diese Zeitspanne reicht bei entsprechendem politischen Willen aus, entweder dem Festbetragskonzept doch noch zum Durchbruch zu verhelfen oder die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf andere Weise grundsätzlich neu zu strukturieren.

zu b:

Bis zu einer Anpassung der Lebensverhältnisse im Beitrittsgebiet an das Niveau im übrigen Bundesgebiet ist eine Anhebung der Zuzahlungen der Versicherten für Arzneimittel im Beitrittsgebiet auf das Niveau im übrigen Bundesgebiet nicht vertretbar. Aus diesem Grund soll die derzeit geltende Zuzahlungsregelung über den 31. Dezember 1991 hinaus verlängert werden.

5. Zu Art. 1 Nr. 3 (§ 43 a)

In Artikel 1 Nr. 3 ist § 43 a wie folgt zu fassen:

"§ 43a

Sozialpädiatrische Behandlung

Versicherte Kinder haben Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung. Sie umfaßt ärztliche und nichtärztliche Leistungen, insbesondere auch psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43), die erforderlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen, in ihrer Auswirkung zu mildern und einen Behandlungsplan aufzustellen."

Begründung

Mit der Neufassung soll sichergestellt werden, daß die klarstellende Absicht des Gesetzentwurfes uneingeschränkt zur Geltung kommt und die neue leistungsrechtliche Vorschrift zum Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung nicht zu restriktiven Interpretationen Anlaß bietet und erneut zur Rechtsunsicherheit führt.

Grundsätzlich darf die leistungsrechtliche Vorschrift hinsichtlich des Umfangs der Leistung nicht hinter die Beschreibung der sozialpädiatrischen Behandlung in § 119 Abs. 2 SGB V, der als **Folgeänderung gestrichen werden soll (vgl. Art. 1 Nr. 7 der Vorlage), zurückfallen. Danach handelt es** sich bei der sozialpädiatrischen Behandlung um eine Komplexleistung mit dem Schwergewicht auf rehabilitative Elemente. Dem muß der Wortlaut der Norm gerecht werden. Die einzelnen in § 119 Abs. 2 SGB V genannten Elemente der sozialpädiatrischen Behandlung sowie insbesondere ihre in § 119 Abs. 2 SGB V beschriebene spezifische Zielsetzung sind deshalb im Einzelnen aufzuführen.

Es kann auch nicht darauf verzichtet werden, in der Anspruchsnorm auch die ärztlichen Leistungen zu nennen. Dies ist schon deshalb erforderlich, um Probleme bei der Vergütung, die nach § 120 Abs. 2 SGB V umfassend unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt, zu verhindern.

Verzichtbar dagegen ist die Hervorhebung der ärztlichen Verantwortung als Bedingung für den Anspruch auf sozialpädiatrische Behandlung, da sozialpädiatrische Zentren nach § 119 Abs. 1 SGB V fachlich-medizinisch unter **ärztlicher** Leitung stehen müssen und die ärztliche Verantwortung auch für die **nichtärztlichen** Leistungen damit gewährleistet ist.

6. Zu Art. 1 Nr. 4 Buchst. b (§ 45 Abs. 2 Satz 2)

In Artikel 1 Nr. 4 Buchst. b ist § 45 Abs. 2 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die Begrenzung des Freistellungsanspruchs auf höchstens 25 Arbeitstage je Kalenderjahr, für alleinerziehende Versicherte auf 50 Arbeitstage soll entfallen. Die von der Bundesregierung vorgesehene Begrenzung erscheint im Hinblick auf kinderreiche Familien nicht sachgerecht.

§ 45 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der geltenden Fassung enthält keine Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen im Kalenderjahr. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung würde Versicherten ab drei Kindern die Möglichkeit nehmen, ihren Betreuungspflichten in dem erforderlichen Umfang nachzukommen. Damit würden diese sozial besonders zu schützenden Eltern und Alleinerziehenden von der begünstigenden Regelung ausgeschlossen werden. Gerade diese Personen sollten jedoch durch eine gesetzliche Neuregelung für dritte oder weitere Kinder ebenso erfaßt sein wie Eltern und Alleinerziehende für ein oder zwei Kinder.

7. Zu Art. 1 Nr. 4 (§ 45 Abs. 2)

Grundsätzlich sollte allen alleinerziehenden Elternteilen ein Freistellungszeitraum von 20 Arbeitstagen für ein Kind im Kalenderjahr gewährt werden, damit sie über den Gesamtbetreuungszeitraum wie zwei versicherte Elternteile verfügen können.

In der Frage der Anspruchsberechtigung führt ein Abstellen auf das alleinige Recht zur Personensorge nicht immer zu befriedigenden Ergebnissen, da Ehepartner, die getrennt leben, regelmäßig die gemeinsame Personensorge inne haben.

Selbst bis zu einer vorläufigen Anordnung, mit der bei Einleitung des Scheidungsverfahrens einem Elternteil die Personensorge übertragen wird, kann hier viel Zeit vergehen.

In bezug auf den Krankheitsfall der Kinder befindet sich tatsächlich jedoch der Alleinerziehende, der lediglich getrennt von seinem Partner lebt, in derselben Lebenssituation wie derjenige, der bereits geschieden ist. Beide haben regelmäßig die Betreuung ihrer Kinder allein durchzuführen.

Der Bundesrat spricht sich deshalb für eine praxisgerechte Auslegung des § 45 Abs. 2 SGB V aus, damit auch Alleinerziehende, die das Personensorgerecht nicht allein innehaben, in bestimmten Fällen das verlängerte Krankengeld nach § 45 Abs. 2 SGB V in Anspruch nehmen können.

8. Zu Art. 1 nach Nummer 6 (§ 73 Abs. 2 Nr. 2)

a) In Artikel 1 ist nach Nummer 6 folgende Nummer 6a einzufügen:

'6a. § 73 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

"2. zahnärztliche Behandlung, kieferorthopädische Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich der Aufstellung der Behandlungs-, Heil- und Kostenpläne,"'

b) Als Folge ist in Artikel 1 nach Nummer 6a -neu- folgende Nummer 6b einzufügen:

'6b. § 85 Abs. 2 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

"Für die Aufstellung der Behandlungs-, Heil- und Kostenpläne nach § 73 Abs. 2 Nr. 2 sowie für die Bescheinigung der Untersuchungen nach § 30 Abs. 5 wird keine Vergütung bezahlt.""

Begründung

zu a:

Gesetzliche Klarstellung, daß die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen und Behandlungsplänen Bestandteil der kassen-zahnärztlichen Versorgung ist.

zu b:

Folgeänderung aus Nummer 6a. Insbesondere soll eine Vergütung für das Aufstellen des Heil- und Kostenplanes für Zahnersatz und für Bescheinigungen im sogenannten Bonusheft ausgeschlossen werden. Die Kosten sind mit den Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten.

9. Zu Art. 1 nach Nr. 6 b -neu- (§ 85 Abs. 2 Satz 6 und 7 -neu-)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 b -neu- folgende Nummer 6 c einzufügen:

'6 c. In § 85 Abs. 2 werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

"Bei der Herstellung von Zahnersatz sind die Kosten für die in der Praxis des Zahnarztes verbrauchten Materialien mit den berechnungsfähigen Leistungen abgegolten. Kosten nach den Sätzen 5 und 6 dürfen Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden."

Begründung:

Es wird klargestellt, daß Material- und Laborkosten und Gebühren für die Aufstellung von Heil- und Kostenplänen sowie für Bescheinigungen im Bonusheft auch nicht von den Versicherten gefordert werden können.

10. Zu Art. 1 nach Nr. 6 c -neu- (§ 85 Abs. 2)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 c -neu- folgende Nummer 6 d einzufügen:

'6 d. In § 85 Abs. 2 wird nach Satz 7 -neu- folgender Satz angefügt:

"Ausgeschlossen ist die Vergütung solcher Leistungen, die mit nicht in die Standortplanung nach § 122 Abs. 2 Satz 1 einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden."

Begründung

Die Abgrenzung, der Bedarf und die Standorte der zur bedarfsgerechten Versorgung notwendigen medizinisch-technischen Großgeräte werden nach § 122 SGB V in den Großgeräteausschüssen der Länder abgestimmt. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 9 SGB V Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten beschlossen und dabei auch die Vergütung solcher Leistungen ausgeschlossen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden. Die Regelung über den Vergütungsausschluß erfolgt derzeit nach Maßgabe des § 92 Abs. 6 SGB V.

Nun haben verschiedene Sozialgerichte den Vergütungsausschluß durch die Großgeräterichtlinien als nicht zulässig erachtet, weil die gesetzliche Ermächtigung unzureichend sein soll. Die Folge ist, daß sich die kassenärztlichen Vereinigungen gehindert sehen, den Vergütungsausschluß zu vollziehen. Damit wird die Großgeräteplanung im ambulanten Bereich unterlaufen.

Zur Klarstellung muß der Vergütungsausschluß nunmehr gesetzlich erfolgen, und zwar in dem Bereich, der die Vergütung der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung regelt.

11. Zu Art. 1 nach Nr. 6 d -neu- (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und Abs. 6)

In Artikel 1 ist nach Nummer 6 d -neu- folgende Nummer 6 e einzufügen:

'6 e. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 wird wie folgt gefaßt:

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

b) Absatz 6 wird gestrichen.

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.

Zu b:

Durch den Vergütungsausschluß solcher Leistungen in § 85 Abs. 2, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, ist die Regelung in § 92 Abs. 6 entbehrlich.

12. Zu Art. 1 Nr. 7 a -neu- (§ 122 Abs. 2 Satz 2, nach Satz 2
und zu Absatz 5)

In Artikel 1 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7 a
einzufügen:

'7 a. § 122 wird wie folgt geändert:

a) 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."

b) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

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

c) 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)

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 der Nummer 9 von § 92 Abs. 1 zu sehen.

Zu b)

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 c)

Folgeänderung zu § 122 Abs. 2
Satz 3 -neu-.

13. Zu Art. 1 nach Nr. 7 a -neu- (§ 132 Abs. 3 bis 5 und nach § 132)

In Artikel 1 sind nach Nummer 7 a -neu- folgende Nummern 7 b und 7 c einzufügen:

'7 b. In § 132 werden folgende Absätze 3 bis 5 angefügt:

"(3) Die Vergütung im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 wird durch die Zahlung von Pflegesätzen erbracht. Die Pflegesätze werden zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse vereinbart. Die Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(4) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Leistungserbringer hat die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

(5) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande, so setzt die Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest."

7 c. Nach § 132 wird folgender § 132 a eingefügt:

"§ 132 a

Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege

(1) Die Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege. Diese entscheidet bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 132 Abs. 5.

(2) Die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege besteht aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Leistungserbringer und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die Vertreter der Leistungserbringer und deren Stellvertreter werden von der Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren

zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege führt die zuständige Landesbehörde."

Begründung:

Während das SGB V in verschiedenen Leistungsbereichen im Falle der Nichteinigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern eine Schiedsstellenlösung vorsieht, ist dies für den Bereich der häuslichen Krankenpflege nicht der Fall. Dies hat zur Folge, daß in der Praxis Vergütungen geleistet werden, deren Höhe nicht ausreicht, qualifiziertes Pflegepersonal in der häuslichen Krankenpflege einzusetzen. Gemessen an der Bedeutung, die die häusliche Krankenpflege heute schon hat und in Zukunft noch erlangen wird, ist dies nicht hinzunehmen.

Die Bevölkerungsentwicklung bringt immer mehr chronisch Kranke und Pflegebedürftige aus Krankheit oder Altersgebrechlichkeit mit sich. Das wird künftig den Bedarf an pflegerischen Leistungen stark wachsen lassen. Diese Leistungen müssen jedoch bei weitem nicht in allen Fällen in stationären Einrichtungen erbracht werden. Sehr viele Patienten könnten auch in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Häusliche Krankenpflege kann die viel teurere stationäre Pflege ersparen. Man kann dieses Einsparpotential in der ambulanten Krankenpflege aber nur dann nutzen, wenn man die Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege auf Dauer leistungsfähig erhält. Dies setzt voraus, daß die Kostenträger tatsächlich Sätze bezahlen, die die Kosten einer angemessenen Pflege decken. Nicht zuletzt aufgrund des sich abzeichnenden Pflegenotstands sind für den Bereich der stationären Pflege von den Tarifparteien im Jahr 1990 deutliche Anhebungen vereinbart worden. Die Disproportionalitäten zu den in der häuslichen Krankenpflege tatsächlich gezahlten Löhnen haben dadurch zugenommen. Durch die Einrichtung einer Schiedsstelle soll ein angemessenes Kräfteverhältnis zwischen den Verhandlungspartnern hergestellt und ein Konfliktlösungsmechanismus eingerichtet werden, wie er bei den Pflegesatzverhandlungen der stationären Versorgung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vorgesehen ist.

Im einzelnen wird der Änderungsvorschlag wie folgt begründet:

Der § 132 anzufügende neue Absatz 3 regelt, daß die Vergütung im Sinne des § 132 Abs. 1 Satz 2 durch die Zahlung von Pflegesätzen erbracht wird. Dieses entspricht im wesentlichen der bereits heute gängigen Praxis, indem auf vertraglicher Grundlage zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer ein Betrag pro Patient und Pflegestunde ausgehandelt wird. Es handelt sich dabei um pauschale Beträge, die unabhängig von der Pflegeintensität und dem Aufwand im Einzelfall von der Krankenkasse gezahlt werden. Da insofern eine Parallele zu den nach dem KHG zu zahlenden Pflegesätzen vorliegt, soll auch hier die Vergütung durch Pflegesätze erfolgen. Hinsichtlich der Vereinbarung der Pflegesätze ist abweichend von § 18 Abs. 1 KHG vorgesehen, daß die Pflegesätze zwischen dem Leistungserbringer und der einzelnen Krankenkasse ausgehandelt werden. Absatz 3 bleibt somit in der Systematik des § 132, der insgesamt auf die einzelne Krankenkasse abstellt. Die vorgesehene Möglichkeit der Beteiligung der Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege, der Landesverbände der Krankenkasse und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung am Pflegesatzverfahren entspricht § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG.

Entsprechend der Landeskrankenhausgesellschaft kann sich in jedem Land eine Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege bilden, die allgemeine Aufgaben der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege wahrnimmt.

Absatz 4 entspricht § 18 Abs. 3 KHG. Die dort getroffene Regelung kann für das Verfahren nach Absatz 3 übernommen werden.

Absatz 5 sieht vor, daß bei Nichteinigung über die Pflegesätze die Schiedsstelle für die häusliche Krankenpflege auf Antrag die Pflegesätze festsetzt. Hierdurch wird eine Konfliktlösungsregelung getroffen, die es ermöglicht, daß, wenn eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, eine neutrale Stelle mit der Angelegenheit befaßt wird und unter Prüfung der gegenseitigen Positionen die Pflegesätze festsetzt. Eine Genehmigung der vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze (entsprechend § 18 Abs. 5 KHG) durch die zuständige Landesbehörde wird anders als bei der Vereinbarung oder Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen bei den Pflegesätzen für Leistungen in der häuslichen Krankenpflege nicht für erforderlich gehalten.

§ 132a regelt die Bildung einer Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege, deren Aufgaben und deren Zusammensetzung. Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 18a KHG. Absatz 1 und Absatz 3 dieser Regelung sehen vor, daß in jedem Land eine Vereinigung der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege vorhanden ist, da diese Mitglieder der Schiedsstelle stellt. Die vorgesehene Regelung über die Schiedsstelle für häusliche Krankenpflege ist somit nur dann praktikabel, wenn entsprechende Vereinigungen der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege geschaffen werden.

14. Zu Art. 1 nach Nr. 8 (§ 313 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 4)

Es ist folgende Nummer 8 a einzufügen:

- '8 a. In § 313 Abs. 1 Satz 4 und in Absatz 4 sind jeweils die Worte "31. Dezember 1991" durch die Worte "31. Dezember 1992" zu ersetzen.

Begründung:

Die derzeitige Finanzsituation der Krankenkassen in den neuen Bundesländern ist hauptsächlich gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Unübersichtlichkeit. Soweit in dieser Phase überhaupt schon von der Validität der vorliegenden Zahlen ausgegangen werden kann, stehen Kassen mit momentanen Einnahmeüberschüssen solchen gegenüber, die Defizite aufweisen. Insgesamt scheint die Situation dadurch bestimmt, daß einerseits die Aktionen zur Organisation des Beitragseinzugs unter tatkräftiger Hilfestellung der West-Krankenkassen in der Regel erfolgreich waren und daß andererseits viele Abrechnungen von Leistungserbringern aus dem 1. Halbjahr noch nicht vorgelegt worden sind. Darüber hinaus zeichnet sich eine starke Ausgabensteigerung in verschiedenen Leistungsbereichen, z. B. bei den Arzneimitteln, ab. Weitere Kostensteigerungen sind im weiteren Verlauf der Systemangleichung im 2. Halbjahr 1991 sowie im Jahre 1992 zu erwarten. Hinzu kommen die Belastungen aufgrund der Leistungsverbesserungen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf.

Bei einer Freigabe der Beitragssätze sind bei einer Reihe von Kassen Beitragssatzanhebungen zu erwarten. Damit würde der im alten Bundesgebiet herrschende verzerrte Wettbewerb in die neuen Bundesländer übertragen. Um dies zu vermeiden, soll der einheitliche Beitragssatz vorläufig beibehalten werden. Außerdem gilt es, die großen Anpassungsprobleme der Wirtschaft in Ostdeutschland nicht noch durch steigende Lohnnebenkosten zu verschlimmern.

15. Zu Art. 3 Abs. 1

In Artikel 3 ist in Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

"Artikel 1 Nr. 4 tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft."

Begründung:

Die Erweiterung des Freistellungsanspruches bei Pflege erkrankter Kinder (Artikel 1 Nr. 4) sollte am Tage nach der Verkündung in Kraft treten, um einen möglichst nahen Übergang an die großzügigen Regelungen auf Unterstützung bei Pflege erkrankter Kinder bis 30. Juni 1991 in den neuen Bundesländern nach dem ehemaligen DDR-Recht und dem Einigungsvertrag herzustellen.