

28.06.96

G - Fz

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

**Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen
Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 117. Sitzung am 28. Juni 1996 aufgrund der
Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit
(14. Ausschuß) - Drucksache 13/5099 - den von den Fraktionen der CDU/CSU und
F.D.P. eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG)
- Drucksache 13/4615 -**

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 19.07.96

Initiativgesetz des Bundestages

Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Gesetz zur Beitragsentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 1

Beitragsfestschreibung

(1) Bis zum 31. Dezember 1996 sind Beitragssatzanhebungen der Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nur zulässig, wenn die dafür erforderlichen Satzungsänderungen vor dem 10. Mai 1996 genehmigt worden sind. Eine hiervon abweichende Satzungsänderung ist unwirksam. § 220 Abs. 2 sowie die §§ 221, 222 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind in dem in Satz 1 genannten Zeitraum nicht anzuwenden.

(2) Absatz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht, soweit allein durch Veränderungen der Verpflichtungen oder Ansprüche im Risikostrukturausgleich Beitragssatzanhebungen zwingend erforderlich sind.

§ 2

Beitragsverminderung

(1) Die Beitragssätze nach den §§ 241 bis 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermindern sich zum 1. Januar 1997 um 0,4 Beitragssatzpunkte.

(2) Absatz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

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. § 11 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird gestrichen.

b) In Nummer 2 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „20“ ersetzt.

2. In der Überschrift des Dritten Abschnitts werden die Wörter „zur Förderung der Gesundheit und“ gestrichen.

3. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20

Krankheitsverhütung

(1) Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.

(3) Die Krankenkasse kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen.“

4. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Zahl „vier“ durch die Zahl „drei“, der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt: „es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“

bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 40 Abs. 5“ ersetzt.

5. § 24 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

6. In § 28 Abs. 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Ebenso gehören implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden.“

7. § 30 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden in Satz 1 nach dem Wort „Versicherte“ ein Komma und die Wörter eingefügt: „die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind,“.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, besteht der Anspruch nach Absatz 1 nur, wenn die Versorgung mit Zahnersatz

1. auf Grund eines Unfalls erforderlich ist oder
2. durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist oder
3. durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist oder
4. zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

Das Nähere hierzu bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1.“

8. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen 4 Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen 6 Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen 8 Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.“

b) In Absatz 4 wird Satz 1 gestrichen.

9. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.“

b) Absatz 4 Satz 1 wird gestrichen.

10. § 36 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

11. § 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „11“ durch die Zahl „12“ ersetzt.

b) Satz 3 wird gestrichen.

12. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“

bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens vierzehn Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von vierzehn Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

13. § 41 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

14. § 47 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „80“ durch die Zahl „70“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.“

15. Dem § 49 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung des Absatzes 1 nicht aufgestockt werden.“

16. § 310 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6 und des § 40 Abs. 5 sind kalendertäglich 20 Deutsche Mark, bei der Anwendung des § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich **9** Deutsche Mark zu zahlen.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

In § 17a Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Budgets nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden; dabei ist für die Jahre 1997 bis 1999 jeweils mindestens 1 vom Hundert des um Ausgleich und Zuschläge bereinigten Budgetbetrags, wie er ohne Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde, abzuziehen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung wird in den Jahren 1997 bis 1999 der Rechnungsbetrag um 1 vom Hundert gekürzt.“

Artikel 4

Übergangsregelungen

§ 1

Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind und deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz vor dem 1. Januar 1997 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten für Zahnersatz nach dem am 31. Dezember 1996 geltenden Recht, wenn die Krankenkasse vor dem ... [Tag der dritten Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag] ... über den Anspruch entschieden hat.

§ 2

Anpassung laufender Krankengeldzahlungen

§ 47 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1997 geltenden Fassung ist vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an auch auf Krankengeldzahlungen anzuwenden, die vor dem 1. Januar 1997 begonnen haben.

Artikel 5

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1997 in Kraft; Artikel 1 § 1 tritt mit Wirkung vom 10. Mai 1996 in Kraft.