Bundesrat Drucksache **439/02**

16.05.02

Gesetzesantrag

des Landes
Nordrhein-Westfalen

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Die gesetzlichen Krankenkassen können in der Satzung regeln, ob die Kosten einer Vorsorge- (§ 24 SGB V) oder Rehabilitationsmaßnahme (§ 41 SGB V) für Mütter sowie Mutter-Kind-Maßnahmen in voller Höhe übernommen werden oder ein Zuschuss zu den Kosten geleistet wird. Einige Krankenkassen haben in der Satzung die Zuschusshöhe so niedrig festgelegt, dass es den Müttern bzw. den Familien aus finanziellen Gründen nicht immer möglich ist, an einer Maßnahme teilzunehmen, da sie die verbleibenden Restkosten selbst tragen müssten.

Grundsätzliches Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber, dass die Leistungen allen Versicherten, unabhängig vom Einkommen, gleichermaßen zur Verfügung stehen.

In der heutigen Gesellschaft nehmen vermehrt auch Väter die Elternzeit in Anspruch und sind eng in die Erziehung der Kinder eingebunden. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthält jedoch keine auf die Bedürfnisse der Väter zugeschnittenen Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation sowie Vater-Kind-Maßnahmen.

B. Lösung

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen sind von den Krankenkassen kraft Gesetzes in voller Höhe zu übernehmen. Weiterhin ist der kalendertäglicher Eigenanteil von 9 EURO in Härtefällen nicht zu leisten. Die Möglichkeit der Satzungsregelung entfällt.

. . .

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax: 0228/3820844
ISSN 0720-2946

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch aus Gleichbehandlungsgründen entsprechend für Väter zu erweitern. Dabei soll es sich nicht um Familienmaßnahmen handeln, die von den Eltern gemeinsam durchgeführt werden können.

Zur Sicherung der Qualität und zur Vereinbarung der Vergütung zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen sind die Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in ein Vertragssystem vergleichbar dem für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einzubinden.

Aus Gründen des Bestandsschutzes gilt ein Versorgungsvertrag mit den Einrichtungen, die vor dem In-Kraft-Treten stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Davon sind jedoch Einrichtungen auszunehmen, die die Anforderungen (§ 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V) nicht erfüllen.

C. Alternativen

Keine.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte, getrennt für Bund, Länder und Kommunen, aufgeteilt in

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand
2. Vollzugsaufwand

zu 1. und 2.: Finanzielle Auswirkungen für die öffentlichen Haushalte sind nicht zu erwarten.

E. Sonstige Kosten (z.B. Kosten für die Wirtschaft, für die sozialen Sicherungssysteme, Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau)

Die Neuregelungen führen auf der Basis der für das Jahr 2000 vorhandenen Daten zur Vollfinanzierung bei der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter zu geschätzten 5 Mio. EURO. Die Mehrkosten gefährden die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Bundesrat Drucksache **439/02**

16.05.02

Gesetzesantrag

des Landes
Nordrhein-Westfalen

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz)

Der Ministerpräsident
des Landes Nordrhein-Westfalen

Düsseldorf, den 14. Mai 2002

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Regierenden Bürgermeister
Klaus Wowereit

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat beschlossen, dem Bundesrat den als Anlage mit Begründung beigefügten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge
und Rehabilitation für Mütter und Väter
(11. SGB V-Änderungsgesetz)

mit dem Antrag zuzuleiten, seine Einbringung beim Deutschen Bundestag zu beschließen.

Ich bitte, den Gesetzentwurf gemäß § 36 Abs. 2 der Geschäftsordnung in die Tagesordnung der Bundesratsplenarsitzung am 31. Mai 2002 aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Drucksache 439/02

Anlage

Entwurf eines Gesetzes

zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz)

Vom ...

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) hinter „§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter“ werden die Worte „ und Väter“ eingefügt.

b) hinter „§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter“ werden die Worte „und Väter“ eingefügt

2. § 24 wird wie folgt geändert:

a) in der Überschrift werden hinter dem Wort „Mütter“ die Worte „und Väter“ eingefügt.

b) In Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz werden hinter dem Wort „Mutter-Kind-Maßnahme“ die Worte „oder Vater-Kind-Maßnahme“ eingefügt.

c) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Vorsorgeleistungen nach Satz 1 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht."

d) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 1" das Komma und der Halbsatz „deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden," gestrichen.

e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2005 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V - Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen wiedergegeben werden."

3. § 41 wird wie folgt geändert:

a) in der Überschrift werden hinter dem Wort „Mütter" die Worte „und Väter" eingefügt.

b) In Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz werden hinter dem Wort „Mutter-Kind-Maßnahme" die Worte „oder Vater-Kind-Maßnahme" eingefügt.

c) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Rehabilitationsleistungen nach Satz 1 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht."

d) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 1" das Komma und der Halbsatz „deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden," gestrichen.

e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2005 einen Bericht vor, in

dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V - Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen wiedergegeben werden."

4. In § 92 Abs. 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 111a" durch die Angabe „§ 111b" ersetzt.

5. Nach § 111 wird folgender neuer § 111a eingefügt:

„§ 111a

Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Leistungen zur Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) oder Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41) nur in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. § 111 Abs. 2, Abs. 4 Satz 1 und 2 und Absatz 5 sowie § 111b gelten entsprechend.

(2) Bei Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen, die vor dem 2002 (Inkrafttreten des Änderungsgesetzes) stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 1. Januar 2004 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen."

6. Der bisherige § 111a wird § 111b .

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Begründung:

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf und Zielsetzung

Nach dem geltenden Krankenversicherungsrecht kann die Satzung der Krankenkasse vorsehen, dass die Kosten der Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen voll übernommen werden oder nur ein Zuschuss gezahlt wird. Einige Krankenkassen gehen derzeit dazu über, in ihrer Satzung die volle Kostenübernahme durch eine anteilige Finanzierung zu ersetzen. Eine gesetzliche Regelung zur Qualitätssicherung besteht bislang nicht.

Die in der Vergangenheit eingeführten Leistungen der Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen haben sich bewährt und ihren besonderen Charakter gegenüber dem speziellen anspruchsberechtigten Personenkreis verdeutlicht. Daher gilt es, diese für die Zukunft auch unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten leistungsfähig abzusichern.

In der heutigen Gesellschaft nehmen vermehrt auch Väter die Elternzeit in Anspruch und sind eng in die Erziehung der Kinder eingebunden. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthält jedoch keine auf die Bedürfnisse der Väter zugeschnittenen Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation sowie Vater-Kind-Maßnahmen.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Durch das Gesetz wird die bisherige Regelung aufgehoben, wonach die Krankenkassen in ihren Satzungen eine anteilige Finanzierung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter vorsehen können. Durch die Änderung ist eine Vollfinanzierung dieser Leistungen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen zu erwarten. Durch die Einführung eines Vertragssystems analog demjenigen bei den übrigen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wird die Qualität und die Effizienz der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen auf einem hohen Niveau gesichert.

Die Erweiterung des Leistungskataloges um Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für Väter und um Vater-Kind-Maßnahmen trägt der gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung, dass vermehrt auch Väter die Elternzeit in Anspruch nehmen.

III. Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Für die dargestellten gesetzgeberischen Maßnahmen sind bundesgesetzliche Regelungen erforderlich, da die Gesetzgebungskompetenz insoweit nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG dem Bund zugeordnet ist.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 Buchstabe a) (Inhaltsübersicht)

Da der leistungsberechtigte Personenkreis um die Väter erweitert wird, ist die Inhaltsübersicht entsprechend zu ändern.

Zu Nummer 1 Buchstabe b) (Inhaltsübersicht)

s. Begründung zu Nummer 1 Buchstabe a).

Zu Nummer 2. Buchstabe a) (§ 24 Überschrift)

Der leistungsberechtigte Personenkreis des § 24 SGB V wird um die Väter erweitert. Es handelt sich bei Leistungen nach § 24 SGB V nicht um Familienmaßnahmen, die von beiden Eltern gemeinsam durchgeführt werden.

Zu Nummer 2 Buchstabe b) (§ 24 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz)

Der Leistungskatalog wird um Vater-Kind-Maßnahmen erweitert.

Zu Nummer 2. Buchstabe c) (§ 24 Abs. 1 Satz 2)

Durch die Aufhebung des Satzes 2 wird erreicht, dass Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter von den Krankenkassen vollfinanziert werden. Die Neufassung beinhaltet den Qualitätssicherungsaspekt. Nunmehr können diese speziellen Vorsorgeleistungen entsprechend den übrigen stationären Vorsorgeleistungen nur noch in Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht.

Zu Nummer 2 Buchstabe d) (§ 24 Abs. 3 Satz 1)

Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe a). Nach der alten Regelung hatten Versicherte nur dann eine Zuzahlung zu leisten, wenn die Kosten der Maßnahme voll von der Krankenkasse übernommen wurden. Aufgrund der Einführung einer Vollfinanzierung dieser Leistung, ist dieser Halbsatz obsolet.

Zu Nummer 2 Buchstabe e) (§ 24 Abs. 4)

Die Vorschrift verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen, bis zum Ende des Jahres 2005 einen Erfahrungsbericht zu den übrigen mit diesem Gesetz eingeführten Änderungen zu fertigen, der über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag vorgelegt wird. In diesem Evaluationsbericht ist insbesondere auf die Bereiche der Qualitätssicherung und Effizienz einzugehen.

Zu Nummer 3 Buchstabe a) (§ 41 Überschrift)

Siehe Begründung zu Nummer 2 Buchstabe a).

Zu Nummer 3 Buchstabe b) (§ 41 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz)

Siehe Begründung zu Nummer 2 Buchstabe b).

Nummer 3. Buchstabe c) (§ 41 Abs. 1 Satz 2)

Siehe Begründung zu Nummer 2 Buchstabe c). Bei den Leistungen nach § 41 handelt es sich lediglich um *Rehabilitations*leistungen. Im Übrigen ist diese Gesetzesneuregelung identisch mit der Neuregelung im § 24.

Zu Nummer 3 Buchstabe d) (§ 41 Abs. 3 Satz 1)

Folgeänderung zu Nummer 3 Buchstabe c). Siehe Begründung zu Nummer 2 Buchstabe d).

Zu Nummer 3 Buchstabe e) (§ 41 Abs. 4)

Siehe Begründung zu Nummer 2 Buchstabe e.

Zu Nummer 4 (§ 92 Abs. 5)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 5 (§ 111a)

Absatz 1

Die Bestimmung räumt den Krankenkassen entsprechend § 111 Abs. 1 SGB V die Befugnis ein, korrespondierend mit den leistungsrechtlichen Bestimmungen in §§ 24, 41 SGB V Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen für stationäre medizinische Leistungen der Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter und Väter gem. §§ 24, 41 SGB V abzuschließen. Durch den statusbegründenden Versorgungsvertrag werden die Einrichtungen zur Versorgung GKV-versicherter Mütter/Väter und Kinder zugelassen. Die näheren Einzelheiten ergeben sich in entsprechender Anwendung aus § 111 Abs. 2, Abs. 4 Satz 1 und 2 und Abs. 5 sowie § 111b (Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen).

Das neue Vertragskonzept wird die Qualität und die Effizienz der Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V auf hohem Niveau sichern.

Absatz 2

Für Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartige Einrichtungen, die vor dem In-Kraft-Treten treten des Gesetzes stationäre medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V für die Krankenkassen erbracht haben, gilt Bestandsschutz. Für diese Einrichtungen wird ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen gesetzlich fingiert, es sei denn, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen erheben Einwen- dungen im Hinblick auf die Nichterfüllung der Anforderungen nach § 111 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Die Bestandsschutzregelung entspricht derjenigen für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 Abs. 3 SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 111b)

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Einfügung eines § 111a -neu-.

Zu Artikel 2 (In-Kraft-Treten)

Die Vorschrift regelt das In-Kraft-Treten.

C. Finanzielle Auswirkungen

1. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die Neuregelungen führen auf der Basis der für das Jahr 2000 vorhandenen Daten zur Vollfinanzierung und Zuschussgewährung bei den Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 5 Mio. €.

2. Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden

Finanzielle Auswirkungen für Bund, Länder und Gemeinden sind nicht zu erwarten.

D. Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.