

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

zu dem von den Fraktionen der SPD und FDP eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung
der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung
(Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)
— Drucksache 9/798 —**

zu dem von der Bundesregierung eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung
der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung
(Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)
— Drucksache 9/845 —**

A. Problem

Die gesetzlichen Regelungen zur Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung sollen ergänzt und weiterentwickelt werden. Es wird angestrebt,

- das im Jahre 1981 auftretende und für 1982 zu erwartende Defizit in der Krankenversicherung zu beseitigen und Beitragssatzerhöhungen entgegenzuwirken sowie
- die Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung längerfristig an der Entwicklung der Einnahmen bei stabilen Beitragssätzen auszurichten.

Durch die angestrebte Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung soll eine Verringerung der verfügbaren Einkommen der Versicherten und ein Anstieg der Kostenbelastung der Unternehmen und der öffentlichen Hand vermieden werden. Damit wird auch ein in der derzeitigen gesamtwirtschaftlichen Situation notwendiger Beitrag zur Stabilisierung der konjunkturel-

len Entwicklung geleistet. Zugleich werden die zur Begrenzung der Ausgaben des Bundes und zur Konsolidierung der Finanzlage anderer Bereiche der Sozialversicherung getroffenen Maßnahmen flankierend unterstützt.

B. Lösung

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat — bei unterschiedlichen Stimmverhältnissen zu den einzelnen Vorschriften — mit den Stimmen der Ausschußmitglieder der Fraktionen der SPD und FDP gegen die Stimmen der Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion folgende Lösungen beschlossen:

1. Das Defizit der Krankenversicherung für 1981 und 1982 wird durch gezielte Ausgabenkürzungen und eine stärkere Beschränkung der Leistung auf das medizinisch Erforderliche, insbesondere bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und mit Zahnersatz sowie im Bereich der Kuren, reduziert.
2. Die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen wird durch Regelungen zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen, insbesondere bei der Versorgung mit Zahnersatz und Heilmitteln, stärker an der Entwicklung der Einnahmen ausgerichtet.
3. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wird durch Änderungen in der Leistungsstruktur, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung und der Krankenhauspflege sowie durch Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Zahnersatz, verbessert.
4. Der Preiswettbewerb in Teilbereichen der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere bei zahntechnischen Leistungen und bei Heil- und Hilfsmitteln, wird verstärkt.

Der Erfolg eines erheblichen Teils der Maßnahmen hängt wesentlich davon ab, daß sie von der Selbstverwaltung der Krankenkassen im Zusammenwirken mit ihren Vertragspartnern, insbesondere den Kassenärzten bzw. -zahnärzten wirksam umgesetzt und angewandt werden. Darüber hinaus müssen die von der Selbstverwaltung eingeleiteten Maßnahmen zur Kostendämpfung fortgeführt und verstärkt werden.

Mehrheitsbeschluß

C. Alternativen

keine

D. Kosten

Bund und Krankenversicherungsträger werden von Kosten entlastet. Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahmen des Gesetzes nicht belastet.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den von den Fraktionen der SPD und FDP — Drucksache 9/798 — sowie den von der Bundesregierung — Drucksache 9/845 — eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG) in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
2. folgende Entschlüsse annehmen:
 - a) Der Deutsche Bundestag geht bei der Beschlußfassung über das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz davon aus, daß die Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, damit die von ihnen erklärte Erwartung eintritt, daß in der Aufrechnung der beiden Jahre 1981 und 1982 die durchschnittliche Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird.
Außerdem erwartet der Deutsche Bundestag, daß die Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie seinem Appell folgen, die Preise bis Ende 1982 stabil zu halten.
Der Deutsche Bundestag wird weitere Maßnahmen erwägen, wenn die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt die Grundlohnentwicklung übersteigt und dadurch die Beitragssatzstabilität gefährdet wird.
 - b) Die Bundesregierung wird beauftragt, die Auswirkungen der vorgesehenen Leistungsbegrenzungen im Kurbereich — insbesondere für die einzelnen Kassenarten — zu überprüfen und darauf hinzuwirken, daß die Erbringung von Kuren durch die Krankenkassen künftig stärker an der gesundheitlichen Notwendigkeit orientiert wird.
Außerdem sollen die im Zusammenhang mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz erforderlichen Einsparungen im Kurbereich von den Kassen dazu genutzt werden, die Erbringung der Kurleistungen verstärkt nach medizinischen Kriterien auszurichten.
Die Krankenkassen werden aufgefordert, im Zusammenwirken mit den Kassenärzten geeignete Richtlinien aufzustellen.

Bonn, den 30. Oktober 1981

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Rappe (Hildesheim)

Egert

Vorsitzender

Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung
der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung
(Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)
— Drucksachen 9/798, 9/845 —

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

Entwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 49 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), wird wie folgt geändert:

1. § 176 c erhält folgende Fassung:

„§ 176 c

Schwerbehinderte im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes können innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderung der Versicherung freiwillig beitreten, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen. § 176 Abs. 3 gilt hinsichtlich der Altersgrenze; § 207 sowie § 310 Abs. 2 und 3 gelten nicht.“

2. § 182 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe b erhält folgende Fassung:

„b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Rechtsverordnung nach § 182 f eingeschränkt ist,“.

- b) Buchstabe d erhält folgende Fassung:

„d) zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen,“.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 49 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

c) Folgender Buchstabe g wird angefügt:

„g) Zuschüsse zu den Kosten für zahntechnische Leistungen.“

3. § 182 a erhält folgende Fassung:

„§ 182 a

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen sowie bei der Instandsetzung von Brillen und Heilmitteln hat der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, als Verordnungsblattgebühr *zwanzig vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch vier Deutsche Mark je Verordnungsblatt, das nicht mehr als drei Verordnungen enthalten darf*, an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.“

4. § 182 b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.“

b) Folgender Satz 3 wird angefügt:

„Wählt der Versicherte ein aufwendigeres Hilfsmittel als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen.“

5. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

(1) Zu den Kosten für zahntechnische Leistungen zahlen die Krankenkassen Zuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; sie dürfen 60 vom Hundert der Kosten nicht übersteigen.

(2) Der Kostenanteil des Versicherten für zahntechnische Leistungen ist zu mindern um den Materialwert des Zahngoldes, wenn durch die Neuankfertigung des Zahnersatzes Zahngold entbehrlich wird und in das Eigentum des Zahnarztes übergeht.

(3) Die Krankenkasse kann in Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen.

(4) Der Zahnarzt hat dem Versicherten die Kosten der zahntechnischen Leistungen und der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz mitzuteilen.

3. § 182 a erhält folgende Fassung:

„§ 182 a

Der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, **zahlt** als Verordnungsblattgebühr bei der Abnahme

a) von Arznei- und Verbandmitteln **für jedes verordnete Mittel 1,50 Deutsche Mark,**

b) von Heilmitteln **vier Deutsche Mark je Verordnung,**

c) von Brillen **vier Deutsche Mark,**

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle. **Dies gilt auch für die Instandsetzung von Heilmitteln und Brillen.** Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.“

4. unverändert

5. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

(1) Zu den Kosten für zahntechnische Leistungen **bei Zahnersatz und Zahnkronen** zahlen die Krankenkassen Zuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; sie dürfen 60 vom Hundert der Kosten nicht übersteigen.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(5) Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Versicherten zu treffen.“

(5) unverändert

6. Nach § 182 e werden folgende §§ 182 f und 182 g eingefügt:

6. unverändert

„§ 182 f

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen; hierbei können Anwendungsgebiete bezeichnet werden. Ferner ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für die in Satz 1 genannten Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Ebenso ist eine Regelung über Härtefälle vorzusehen.

(2) Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Verordnung der in Absatz 1 genannten Mittel.

§ 182 g

Der Anspruch auf Versorgung mit Brillen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei gleichbleibender Sehfähigkeit nur, wenn seit dem Tag der letzten Brillenlieferung mindestens drei Jahre vergangen sind.“

7. In § 184 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist, wird die Krankenhauspflege teilstationär gewährt.“

7. In § 184 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist, wird die **weiterhin notwendige** Krankenhauspflege teilstationär gewährt.“

8. § 187 wird wie folgt geändert:

8. unverändert

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Kuren nach Absatz 1 können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer solchen Kur oder ähnlichen Maßnahme erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

9. Nach § 187 wird folgender § 187 a eingefügt:

„§ 187 a

In den Jahren 1982 und 1983 dürfen die jährlichen Ausgaben für Kuren nach §§ 184 a und 187 je Mitglied den Betrag nicht überschreiten, den die Krankenkasse dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben hat; sie dürfen auch *nicht höher sein als der Betrag*, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben haben.“

10. § 194 Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Fahrkosten werden nur übernommen, soweit sie je einfache Fahrt mehr als fünf Deutsche Mark betragen.“

11. In § 199 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „zehn Tage“ durch die Worte „sechs Tage“ ersetzt.

12. § 205 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Für Kinder, die das 18., aber noch nicht das 19. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres, wenn sie eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen können oder nicht erwerbstätig sind. Dies gilt nicht für Kinder, deren Ehegatte oder früherer Ehegatte erwerbstätig ist oder wegen Erwerbs-, Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit, wegen Alters, wegen Arbeitslosigkeit oder wegen Teilnahme an einer Berufsbildungsmaßnahme laufende Geldleistungen aus der Sozialversicherung, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder aus der Beamten- oder Soldatenversorgung bezieht, es sei denn, daß er dem Kinde dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist.“

- b) Absatz 3 a wird gestrichen.

13. § 368 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die kassenärztliche Versorgung umfaßt Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Entbindungsanstalt durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.“

- b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

14. § 368 f wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 sind nach dem Wort „jährlich“ die Worte „für den Zeitraum vom 1. Juli

9. Nach § 187 wird folgender § 187 a eingefügt:

„§ 187 a

In den Jahren 1982 und 1983 dürfen die jährlichen Ausgaben für Kuren nach § 187 je Mitglied den Betrag nicht überschreiten, den die Krankenkasse dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben hat; sie dürfen auch **den Betrag**, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben haben, **um nicht mehr als 20 vom Hundert überschreiten**.“

10. unverändert

11. unverändert

12. unverändert

13. unverändert

14. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

bis zum 30. Juni des folgenden Jahres“ einzufügen.

bb) Folgender Satz 3 wird angefügt:

„Auch die zeitliche Geltungsdauer der Empfehlungen ist zu berücksichtigen; eine andere Geltungsdauer kann vereinbart werden, wenn eine jederzeitige Berücksichtigung des Vereinbarungsinhalts an künftige Empfehlungen sichergestellt ist.“

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittel“ die Worte „und ein Höchstbetrag der zu verordnenden Heilmittel“ eingefügt.

bb) Es werden in Satz 2 die Worte „den Arzneimittelhöchstbetrag“ und in Satz 3 die Worte „den Höchstbetrag“ jeweils durch die Worte „die Höchstbeträge“, in Satz 2 und 3 die Worte „Arzneimittel“ jeweils durch die Worte „Arznei- und Heilmittel“ sowie in Satz 4 die Worte „des Höchstbetrages“ durch die Worte „der Höchstbeträge“ und das Wort „Arzneimittelverordnungen“ durch das Wort „Verordnungen“ ersetzt.

c) In Absatz 7 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Worte „des für die Empfehlungen nach Absatz 4 maßgebenden Zeitraums und“ eingefügt und das Wort „Arzneimittelhöchstbeträge“ durch die Worte „Höchstbeträge für Arznei- und Heilmittel“ ersetzt.

d) In Absatz 8 werden die Worte „zahnärztlichen und“ gestrichen.

15. § 368 g wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen sowie durch den Bewertungsausschuß für die zahnärztlichen Leistungen im Benehmen mit *den* Zahntechnikern ein einheitliches Verzeichnis der *bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen* abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen.“

b) Absatz 5 wird gestrichen.

c) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie durch den Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung.“

15. § 368 g wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen sowie durch den Bewertungsausschuß für die zahnärztlichen Leistungen im Benehmen mit **dem Bundesinventionsverband der Zahntechniker** ein einheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen.“

b) unverändert

c) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie durch den Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung; **die Verträge haben**

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Höchstpreise vorzusehen, die die von den Zahntechnikern abgerechneten Preise unterschreiten müssen.“

- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Vereinigungen“ die Worte „auf der Grundlage des einheitlichen Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen“ eingefügt.
- cc) Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Die Vereinbarungen haben Höchstpreise vorzusehen und die Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen; die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich.“

bb) unverändert

cc) unverändert

15a. In § 368 i Abs. 3 a Satz 2 werden die Worte „den Bundesorganisationen“ durch die Worte „dem Bundesinnungsverband“ ersetzt.

16. § 368 o wird wie folgt geändert:

16. unverändert

- a) Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.“
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden das Wort „sechs“ durch das Wort „sieben“ und das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesverbände“ jeweils durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbände“ ersetzt und nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt.
 - cc) In Satz 3 wird das Wort „Bundesverbänden“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbänden“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort „Bundesverbänden“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbänden“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt und das Wort „Bundesverbände“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbände“ ersetzt.
- d) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt.
- e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ und die Worte „ein Ver-

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

treter der knappschaftlichen Krankenversicherung und“ gestrichen.

- bb) In Satz 2 werden die Worte „Der Vertreter der knappschaftlichen Krankenversicherung wird von der Bundesknappschaft, die“ durch das Wort „Die“ ersetzt.

17. § 368 p wird wie folgt geändert:

17. unverändert

- a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„In den Richtlinien über die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind auch Art und Umfang der in typischen Fällen ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Form der Versorgung einschließlich der zahntechnischen Leistungen, insbesondere durch Modelle, zu beschreiben.“

- b) Absatz 8 wird gestrichen.

18. In § 376 wird folgender Absatz 4 angefügt:

18. unverändert

„(4) Bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte sind die Apotheken verpflichtet, den Apothekenabgabepreis auf der Packung anzugeben.“

19. Nach § 376 b werden folgende §§ 376 c und 376 d eingefügt:

19. unverändert

„§ 376 c

Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die nach § 525 a gebildeten Verbände der Ersatzkassen erstellen im Benehmen mit den Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer einheitliche Verzeichnisse der von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel. Die Verzeichnisse sind den Preisvereinbarungen zugrunde zu legen.

§ 376 d

(1) Zur Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heil- und Hilfsmitteln schließen die Krankenkassen oder die hierzu bevollmächtigten Verbände Vereinbarungen mit den Leistungserbringern über die Erbringung der Leistungen und deren Preise. Soweit keine einheitlichen Verzeichnisse (§ 376 c) erstellt sind, können Vereinbarungen auch über Art und Umfang der Leistungen getroffen werden.

(2) Die Krankenkassen oder die bevollmächtigten Verbände haben bei den Vereinbarungen nach Absatz 1 die Empfehlungen der konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Bei im Handel befindlichen Hilfsmitteln dürfen die Krankenkassen und die bevollmächtigten Verbände die marktüblichen Preise unter Berücksichtigung übli-

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

cher Vorteile, insbesondere von Mengen- und Wertrabatten, Skonti- und besonderen Lieferungsbedingungen, nicht überschreiten. Vereinbarte Preise sind Höchstpreise. Die Bestimmungen über die Preise bei öffentlichen Aufträgen finden auf die Vereinbarungen keine Anwendung.

(3) Soweit die bevollmächtigten Landes- oder Bundesverbände der Krankenkassen Preisvereinbarungen abgeschlossen haben, kann die Krankenkasse abweichende oder ergänzende Vereinbarungen treffen, wenn dadurch eine kostengünstigere Versorgung ihrer Mitglieder ermöglicht wird.“

20. In § 405 a Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „Arzneimittelhöchstbeträge“ durch die Worte „Höchstbeträge für Arznei- und Heilmittel sowie zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und mit zahntechnischen Leistungen“ ersetzt. 20. unverändert

21. § 525 c wird wie folgt geändert: 21. unverändert

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung gilt § 368 Abs. 2 Satz 3, für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gelten die entsprechenden Richtlinien nach § 368 p Abs. 1 Sätze 1 und 3.“

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

bb) In Satz 2 werden das Wort „und“ durch ein Komma und die Bezeichnung „§ 376 b“ durch die Bezeichnung „, 376 b, 376 c und 376 d“ ersetzt.

cc) Es wird folgender Satz 3 angefügt:

„Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 8 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), wird wie folgt geändert:

1. In § 204 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ferner gelten §§ 376c und 376d der Reichsversicherungsordnung. Die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden

Artikel 2

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr.“

2. § 204a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „Mitwirkung an den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung gelten § 368o Abs. 7, § 368p Abs. 5, 6 und 7 und § 369“ durch die Worte „zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung und die sonstigen Richtlinien zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gelten §§ 368o und 368p „ersetzt.

bb) Folgende Sätze 2 und 3 werden eingefügt:
„§ 368 Abs. 2 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend. Ferner gelten §§ 368s und 369 der Reichsversicherungsordnung.“

cc) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden Sätze 4 bis 6.

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird Absatz 2.

Artikel 3

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel II § 11 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), wird wie folgt geändert:

1. In § 11 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Kuren nach Absatz 1 können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer solchen Kur oder ähnlichen Maßnahme erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind.“

2. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a

In den Jahren 1982 und 1983 dürfen die jährlichen Ausgaben für Kuren nach §§ 11, 17a und 21 je Mitglied den Betrag nicht überschreiten, den die Krankenkasse dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben hat; sie dürfen auch *nicht höher sein als der Betrag*, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben haben.

Artikel 3

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel II § 11 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a

In den Jahren 1982 und 1983 dürfen die jährlichen Ausgaben für Kuren nach §§ 11 und 21 je Mitglied den Betrag nicht überschreiten, den die Krankenkasse dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben hat; sie dürfen auch **den Betrag**, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben haben, **um nicht mehr als 20 vom Hundert überschreiten.**“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

3. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Rechtsverordnung nach § 16a eingeschränkt ist,“.

b) Nummer 4 erhält folgende Fassung:

„4. zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen,“.

c) Nach Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. Zuschüsse zu den Kosten für zahntechnische Leistungen.“

4. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen sowie bei der Instandsetzung von Brillen und Heilmitteln hat der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, als Verordnungsblattgebühr 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch vier Deutsche Mark je Verordnungsblatt, das nicht mehr als drei Verordnungen enthalten darf, an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.“

5. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Zu den Kosten für zahntechnische Leistungen zahlen die Krankenkassen Zuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; sie dürfen 60 vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Der Kostenanteil der Versicherten für zahntechnische Leistungen ist zu mindern um den Materialwert des Zahngoldes, wenn durch die Neuanfertigung des Zahnersatzes Zahngold entbehrlich wird und in das Eigentum des Zahnarztes übergeht. Die Krankenkasse kann in Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen. Der Zahnarzt hat dem Versicherten die Kosten der zahntechnischen Leistungen und der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz mitzuteilen. Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu

3. unverändert

4. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14

Der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, **zahlt** als Verordnungsblattgebühr bei der Abnahme

a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes **verordnete Mittel 1,50 Deutsche Mark,**

b) von Heilmitteln **vier Deutsche Mark je Verordnung,**

c) von Brillen **vier Deutsche Mark,**

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle. **Dies gilt auch für die Instandsetzung von Heilmitteln und Brillen.** Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.“

5. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Zu den Kosten für zahntechnische Leistungen **bei Zahnersatz und Zahnkronen** zahlen die Krankenkassen Zuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; sie dürfen 60 vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Der Kostenanteil der Versicherten für zahntechnische Leistungen ist zu mindern um den Materialwert des Zahngoldes, wenn durch die Neuanfertigung des Zahnersatzes Zahngold entbehrlich wird und in das Eigentum des Zahnarztes übergeht. Die Krankenkasse kann in Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen. Der Zahnarzt hat dem Versicherten die Kosten der zahntechnischen Leistungen und der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz mitzuteilen. Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als

Entwurf

tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Versicherten zu treffen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.“

bb) Folgender Satz 3 wird angefügt:

„Wählt der Versicherte ein aufwendigeres Hilfsmittel als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen.“

6. Nach § 16 werden folgende §§ 16 a und 16 b eingefügt:

„§ 16 a

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen; hierbei können Anwendungsgebiete bezeichnet werden. Ferner ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für die in Satz 1 genannten Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Ebenso ist eine Regelung über Härtefälle vorzusehen.

(2) Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Verordnung der in Absatz 1 genannten Mittel.

§ 16 b

Der Anspruch auf Versorgung mit Brillen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei gleichbleibender Sehfähigkeit nur, wenn seit dem Tag der letzten Brillenlieferung mindestens drei Jahre vergangen sind.“

7. In § 17 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist, wird die Krankenhauspflege teilstationär gewährt.“

8. In § 21 wird folgender Satz angefügt:

„§ 11 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Versicherten zu treffen.“

b) unverändert

6. unverändert

7. In § 17 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist, wird die **weiterhin notwendige** Krankenhauspflege teilstationär gewährt.“

8. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
9. § 21 b Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Die Fahrkosten werden nur übernommen, soweit sie je einfache Fahrt mehr als fünf Deutsche Mark betragen.“	9. unverändert
10. In § 26 Abs. 1 Satz. 1 werden die Worte „zehn Tage“ durch die Worte „sechs Tage“ ersetzt.	10. unverändert
11. § 32 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt: „Für Kinder, die das 18., aber noch nicht das 19. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres, wenn sie eine Berufsausbildung mangels Ausbildungsplatzes nicht beginnen oder fortsetzen können oder nicht erwerbstätig sind. Dies gilt nicht für Kinder, deren Ehegatte oder früherer Ehegatte erwerbstätig ist oder wegen Erwerbs-, Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit, wegen Alters, wegen Arbeitslosigkeit oder wegen Teilnahme an einer Berufsbildungsmaßnahme laufende Geldleistungen aus der Sozialversicherung, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder aus der Beamten- oder Soldatenversorgung bezieht, es sei denn, daß er dem Kinde dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist.“ b) Absatz 3 wird gestrichen.	11. unverändert
12. In § 36 Satz 5 werden die Worte „der Haushalts- hilfe“ gestrichen.	12. unverändert
13. § 76 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte sind die Apotheken verpflichtet, den Apothekenabgabepreis auf der Packung anzugeben.“ b) Folgender Absatz 4 wird angefügt: „(4) Die §§ 376 c und 376 d der Reichsversicherungsordnung gelten.“	13. unverändert

Artikel 4

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. April 1968 (BGBl. I S. 315), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Juni 1979 (BGBl. I S. 823), wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte angefügt:

Artikel 4

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

„höchstens jedoch insgesamt vierhundert Deutsche Mark.“

b) In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichen.

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Den in Absatz 2 bezeichneten Frauen wird Mutterschaftsgeld für die Zeit ihres Mutterschaftsurlaubs nach § 8a zu Lasten des Bundes gezahlt. Mutterschaftsgeld wird den Frauen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist oder während oder nach Ablauf der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und des § 6 Abs. 1 endet, zu Lasten des Bundes für die Zeit gezahlt, für die sie bei Bestehen eines Arbeitsverhältnisses Mutterschaftsurlaub hätten beanspruchen können. Voraussetzung für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach Satz 1 und 2 ist, daß Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 bestand. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Mutterschaftsgeld sind entsprechend anzuwenden.“

2. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Frauen, die Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 200 Reichsversicherungsordnung, § 27 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder § 13 Abs. 2 haben, erhalten für die Zeit der Schutzfristen des § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen 25 Deutsche Mark und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt.“

b) Satz 2 wird gestrichen, die Sätze 3 bis 5 werden Sätze 2 bis 4.

Artikel 5

Übergangsvorschriften

1. Das einheitliche Verzeichnis für zahntechnische Leistungen nach § 368 g Abs. 4 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung ist bis zum 1. Juli 1982 zu erstellen. Solange das Leistungsverzeichnis nach § 368 g Abs. 4 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung nicht vorliegt, ist der Zuschuß für zahntechnische Leistungen nach der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes maßgebenden Berechnungsgrundlage festzusetzen.
2. Vereinbarungen über Heilmittelhöchstbeträge nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1982 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der

Artikel 5

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Heilmittel im Jahre 1980 zu treffen.

3. Die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes beschlossenen Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gelten als in der Zusammensetzung der Bundesausschüsse nach § 368 o der Reichsversicherungsordnung beschlossene Richtlinien.
4. In den Jahren 1982 und 1983 können die Träger der Krankenversicherung von der Auffüllung ihrer Rücklage (§ 365 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung, § 71a Abs. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte) absehen.
5. Der Bewertungsausschuß hat im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen Überbewertungen der zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen sowie Kieferorthopädie zu beseitigen und durch eine neue Bewertung Anreize für zahnerhaltende Maßnahmen zu schaffen.
6. Die am 1. September 1981 vereinbarten Vergütungen für zahntechnische Leistungen werden nach dem Auslaufen der jeweiligen vertraglichen Regelungen für zwölf Monate um 5 vom Hundert gemindert. Dies gilt auch für die zahntechnischen Leistungen, die durch Zahnärzte erbracht werden.
7. Die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit ihren Vertragspartnern für Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen getroffenen Preisvereinbarungen gelten bis zum 31. Dezember 1983 fort.

Artikel 6

Berlin-Klausel

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

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

Artikel 6

unverändert

Artikel 7

unverändert

Bericht des Abgeordneten Egert

A. Allgemeines

I. Zum Beratungsverfahren

Der von den Fraktionen der SPD und FDP vorgelegte

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG)

— Drucksache 9/798 —

ist in der 51. Sitzung des Deutschen Bundestages am 16. September 1981 in Verbindung mit dem Haushaltsgesetz 1982 eingebracht worden. Nach der 1. Beratung in der 52. und 53. Sitzung des Bundestages am 17. und 18. September 1981 wurde der Gesetzentwurf an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend sowie an den Ausschuß für Wirtschaft, den Ausschuß für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, den Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit, den Verteidigungsausschuß zur Mitberatung und an den Haushaltsausschuß mitberatend und gemäß § 96 GO überwiesen. Der gleichlautende Entwurf der Bundesregierung — Drucksache 9/845 — ist mit der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung hierzu in der 55. Sitzung des Bundestages am 1. Oktober 1981 eingebracht und ebenfalls an die genannten Ausschüsse überwiesen worden.

Der Ausschuß für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten hat sich in seinen Sitzungen am 30. September und 7. Oktober 1981 mit den nach Artikel 3 des Gesetzentwurfs vorgesehenen Änderungen des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte befaßt und mit Mehrheit empfohlen, diesen Vorschriften zuzustimmen.

Der Verteidigungsausschuß hat den Gesetzentwurf am 2. Oktober 1981 beraten und mehrheitlich empfohlen, den Gesetzentwurf anzunehmen.

Der Ausschuß für Wirtschaft hat in seiner Sitzung am 28. Oktober 1981 mit Mehrheit beschlossen, die Zustimmung zu dem Gesetzentwurf zu empfehlen. Einstimmig hat er darum gebeten, bei den Beschlüssen des federführenden Ausschusses darauf zu achten, daß die Existenz der Handwerker in den medizinischen Berufen durch die Neuregelung nicht gefährdet wird.

Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat in seiner Sitzung am 28. Oktober 1981 mit Mehrheit gegen die Stimmen der Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion die Absicht des Gesetzes begrüßt, einen weiteren Beitrag zur Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen zu leisten. Er hält die vorgesehenen Belastungen der Versicherten nur dann für sozial vertretbar, wenn die Erklärungen der Leistungs-

erbringer des Gesundheitswesens, vor allem der Ärzte, Zahnärzte und der pharmazeutischen Industrie, zur Honorar- und Preisdisziplin erfüllt und eingehalten werden. Aus gesundheitspolitischer Sicht hat der Ausschuß im einzelnen angeregt,

- im Gegensatz zum Gesetzentwurf die Verordnungsblattgebühr in ihrer Systematik nicht zu verändern, sondern in ihrer derzeit geltenden Form beizubehalten und ggf. zu erhöhen,
- die Nachsorge- und Rehabilitationskuren nach § 184 a RVO von der Begrenzungsregelung des § 187 a auszunehmen, um gesundheitspolitisch unerwünschte Folgen zu vermeiden,
- die in § 368 g RVO vorgesehene Höchstpreisregelung bei Zahnersatz nach gewerblichen zahn-technischen Labors und zahnärztlichen Praxislabors zu differenzieren,
- zu prüfen, ob es zur Klarstellung erforderlich erscheint, in Artikel 1 Nr. 5 in § 182 c Abs. 5 Satz 1 RVO und in Artikel 3 Nr. 5 in § 16 Abs. 1 Satz 6 KVLG jeweils hinter dem Wort „Zahnersatz“ die Worte „oder Zahnkronen“ einzufügen,
- klarzustellen, daß bei der nach Vorlage des Berichts der Bundesregierung zum Zweiten Arzneimittelgesetz zu prüfenden Frage einer Novellierung dieses Gesetzes die Frage mitgeprüft wird, ob die Hersteller von Fertigarzneimitteln verpflichtet werden können, die Apothekenabgabepreise auf den Packungen anzugeben.

Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat außerdem mit Mehrheit die Annahme einer Entschließung betreffend Auswirkungen der vorgesehenen Leistungsbegrenzungen im Kurbereich empfohlen, der der federführende Ausschuß gefolgt ist (vgl. Nummer 2 Buchstabe b der Beschlußempfehlung).

Der Haushaltsausschuß hat den Gesetzesvorlagen in seiner Sitzung am 7. Oktober 1981 mehrheitlich zugestimmt. Er hat erklärt, keine Einwendungen zu erheben, wenn durch Überlegungen des federführenden Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung Maßnahmen im Katalog des Gesetzentwurfs ausgetauscht oder verändert werden, sofern dabei insgesamt der vorgegebene Kostenrahmen eingehalten wird. Außerdem hat der Haushaltsausschuß den federführenden Ausschuß gebeten, vor der abschließenden Beratung des Gesetzentwurfs festzustellen, ob die Zusicherung der Spitzenverbände der Ärzte, Zahnärzte und der pharmazeutischen Industrie, die Ausgabenentwicklung für Vergütungen und Preise für Arzneimittel in den Jahren 1981/1982 nicht die Entwicklung der Grundlöhne der Versicherten übersteigen zu lassen, verbindlich eingehalten wird. Die Minderheit im Haushaltsausschuß hat den Gesetzentwürfen in der vorliegenden Fassung nur teilweise zustimmen können und insbesondere die strukturellen Änderungen abgelehnt. Wegen des

Überwiegens dieser Bestimmungen sind die Gesetzentwürfe deshalb insgesamt von den Mitgliedern der CDU/CSU-Fraktion im Haushaltsausschuß abgelehnt worden.

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat den Entwurf eines Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes für die Krankenversicherung in der Zeit vom 28. September bis 30. Oktober 1981 in mehreren Sitzungen beraten. In einer öffentlichen Informationssitzung am 28. September 1981 hörte der Ausschuß zu dem Gesetzentwurf Sachverständige der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Berufsvertretung der Apotheker, der Arzneimittel-Industrie, der Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln sowie sonstigen Gesundheitsleistungen und der Sozialpartner. Die Sachverständigen sind zu dem Gesetzesvorhaben im allgemeinen sowie zur Umgestaltung der Versorgung mit Zahnersatz, zur Verbesserung der Kostentransparenz und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, zu den Änderungen im Leistungsrecht und zu sonstigen Rechtsänderungen im besonderen gehört worden. Hinsichtlich der Aussagen der Sachverständigen, die teilweise in die Ausschußberatungen einbezogen wurden, wird auf das Protokoll Nr. 21 des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung über die öffentliche Sachverständigenanhörung sowie auf die schriftlichen Stellungnahmen verwiesen, die als Ausschußdrucksachen verteilt wurden.

Die Fraktionen der SPD und FDP sowie der CDU/CSU haben im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zu der Schlußberatung des Gesetzentwurfs mehrere Änderungsanträge zur Abstimmung gestellt. Mit der Mehrheit der Stimmen der Fraktionen der SPD und FDP sind die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen angenommen und diejenigen der CDU/CSU-Fraktion abgelehnt worden. Mit den Stimmen aller Fraktionen wurden mehrere leistungsrechtliche Änderungen, insbesondere zur Verordnungsblattgebühr, zum Mindestabstand bei Wiederholungskuren, zu den Fahrtkosten sowie zum Mutterschutzgesetz gebilligt. Der Gesetzentwurf im ganzen einschließlich der Änderungen ist vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung mit Mehrheit angenommen worden. Im einzelnen wird auf die Ausführungen in den weiteren Abschnitten des Berichts verwiesen.

II. Zielsetzung und Schwerpunkte des Gesetzentwurfs

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 konnte die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend stabilisiert werden. Seit Mitte des Jahres 1980 ist jedoch ein neuer Ausgabenanstieg in der Krankenversicherung zu verzeichnen, der eine Erhöhung der Beitragssätze der Krankenkassen zum 1. Januar 1981 zur Folge hatte. Da die Ausgaben der Krankenversicherung trotzdem auch in der ersten Hälfte des Jahres 1981 stärker als die Einnahmen gestiegen sind, ist auch für dieses Jahr ein Defizit in Höhe von rd. 1,4 Mrd. DM zu erwarten. Es ist daher zu befürch-

ten, daß der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung Anfang 1982 weiter angehoben werden muß, wenn nicht zusätzliche Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung getroffen werden.

Entsprechend verfolgen die gleichlautend von den Fraktionen der SPD und FDP sowie von der Bundesregierung eingebrachten Entwürfe eines Gesetzes zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz — KVEG) — Drucksachen 9/798, 9/845 — das Ziel, Lücken bei den bisherigen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich zu schließen und den Ausgabenanstieg der Krankenversicherung abzubremesen, um damit eine möglichst dauerhafte Stabilisierung der Finanzlage der Krankenversicherung zu erreichen. Durch die gesetzlichen Regelungen sollen insbesondere das im Jahre 1981 auftretende und für 1982 zu erwartende Defizit in der Krankenversicherung beseitigt, Beitragssatzerhöhungen entgegengewirkt und die Ausgabenentwicklung der Krankenversicherung längerfristig an der Entwicklung der Einnahmen bei stabilen Beitragssätzen ausgerichtet werden. Ferner sollen die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wirtschaftlicher und bedarfsgerechter gestaltet, das Kostenbewußtsein bei allen Beteiligten erhöht und die von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihren Vertragspartnern eingeleiteten oder geplanten Maßnahmen zur Kostendämpfung gesetzlich unterstützt werden.

Zur Verwirklichung dieser Ziele sieht der Gesetzentwurf im wesentlichen folgende Regelungen vor:

1. Stärkere Ausrichtung der Ausgabenzuwächse der Krankenkassen an der Einkommensentwicklung der Versicherten — auch zur Stabilisierung der Beitragsentwicklung — durch
 - Einbeziehung des zahnärztlichen Honorars bei der Versorgung mit Zahnersatz in die zahnärztliche Gesamtvergütung,
 - Einführung eines Heilmittelhöchstbetrages bei der Versorgung mit Heilmitteln,
 - Verlängerung der Laufzeit der Preisvereinbarungen bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln;
2. Minderung der Ausgaben der Krankenkassen durch befristete Absenkung der Vergütung für zahntechnische Leistungen um 5 v. H.;
3. Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch
 - Einbeziehung bestimmter Früherkennungsuntersuchungen in die Krankenhausversorgung sowie durch teilstationäre Krankenhauspflege bei nicht mehr erforderlicher stationärer Versorgung,
 - Verstärkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Versorgung mit Zahnersatz;
4. Begrenzung der Leistungen der Krankenversicherung auf das medizinisch Erforderliche und

Ausschluß bestimmter, nicht mehr von der Krankenversicherung zu finanzierender Leistungen durch

- Leistungsausgrenzung üblicherweise bei leichten Gesundheitsstörungen angewandter Arznei- und Heilmittel,
 - Begrenzung der Ausgaben für Kuren;
5. Verstärkung des Preiswettbewerbs insbesondere bei Heil- und Hilfsmitteln sowie zahntechnischen Leistungen;
6. Erhöhung des Kostenbewußtseins der Versicherten durch
- Umgestaltung der Zuschüsse beim Zahnersatz sowie des Versichertenanteils bei Arznei- und Heilmitteln, Brillen und Fahrtkosten,
 - Einführung einer Preisauszeichnungspflicht bei Arzneimitteln.

Eine wirksame Begrenzung des Ausgabenanstiegs und eine dauerhafte Stabilisierung der Finanzlage der Krankenversicherung sind jedoch nur erreichbar, wenn auch die Selbstverwaltung der Krankenversicherung in Zusammenarbeit mit ihren Vertragspartnern die Bemühungen zur Kostendämpfung fortsetzt. Entsprechend dem dem Bundestag zur Beschlußfassung vorgelegten Entschließungsantrag geht der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung davon aus, daß die Spitzenverbände der Träger der Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, daß — entsprechend der von ihnen erklärten Bereitschaft — in der Aufrechnung der Jahre 1981 und 1982 die durchschnittliche Ausgabenentwicklung für die ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird.

Der Ausschuß erwartet, daß auch die pharmazeutische Industrie die Preise für Arzneimittel mindestens bis zum Jahresende 1982 stabil hält, nachdem der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie entsprechend seiner Zusage eine Empfehlung an seine Mitglieder gerichtet hat.

Weitere Maßnahmen werden ggf. jedoch dann notwendig sein, wenn die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt die Grundlohnentwicklung übersteigt und dadurch die Beitragssatzstabilität gefährdet wird.

Im Zusammenhang mit den nach dem KVEG vorgesehenen Maßnahmen steht der Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes — Drucksachen 9/570, 9/976 — mit dem auch der Krankenhausbereich in die Maßnahmen zur Kostendämpfung durch Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung einbezogen werden soll. Ziel dieses Gesetzentwurfs ist u. a., die den größten Teil an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ausmachenden Ausgaben für Krankenhauspflege zu begrenzen und im Rahmen der Einkommensentwicklung der Beitragszahler zu halten. Ohne diese Maßnahme wird eine wirksame Dämpfung

des Ausgabenanstiegs der Krankenkassen nicht möglich sein.

Die darüber hinaus im System der gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden strukturellen Probleme sollen durch weiterreichende Maßnahmen gelöst werden, wozu die Bundesregierung einen gesonderten Gesetzentwurf angekündigt hat.

III. Die Beratungen im Ausschuß

Die Auffassungen von Koalition und Opposition über Möglichkeiten und Wege einer wirksamen Kostendämpfung im Gesundheitswesen waren in den Ausschußberatungen kontrovers.

Die Koalitionsfraktionen stellten die Notwendigkeit heraus, die Konsolidierungsbemühungen zum Bundeshaushalt 1982 mit weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen zu verknüpfen. Es sei unvertretbar, über die den Bürgern durch die Haushaltskonsolidierung erwachsenden Einschränkungen hinaus zusätzlich steigende Krankenversicherungsbeiträge zuzumuten. Aus diesem Grunde sei ein weiteres Kostendämpfungsgesetz für das Gesundheitswesen unverzichtbar.

Die Koalitionsfraktionen begrüßten, daß erneut der Versuch unternommen wird, die Ausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung stärker an ihren Einnahmen zu orientieren. Sie betonten dabei besonders die Notwendigkeit, den Krankenhausbereich in die gesetzlichen Bemühungen zur Kostendämpfung einzubeziehen. Sie setzten sich daher für eine gleichzeitige Beratung und Verabschiedung des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes und des ebenfalls dem Ausschuß vorliegenden Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes ein.

Darüber hinaus betonten die Koalitionsfraktionen, daß der Gesetzentwurf der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche wirksame Instrumente an die Hand gebe, um der Kostenentwicklung aus eigenem Bemühen entgegenzuwirken. Die Koalitionsfraktionen haben davon abgesehen, neue gesetzliche Regelungen für die ärztliche Vergütung vorzuschlagen, nachdem verbindliche Erklärungen über die Verlängerung der jeweiligen zur Zeit geltenden Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassenverbänden einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der RVO-Krankenkassen andererseits bis zum 31. Dezember 1982 vorliegen.

Sie haben ferner davon abgesehen, neue gesetzliche Regelungen für die zahnärztliche Vergütung vorzuschlagen, nachdem die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Verbände der Ersatzkassen eine Verlängerung des zur Zeit laufenden Vertrages bis zum 31. Dezember 1982 vereinbart und auch Maßnahmen bei einem über die vereinbarte Regelung hinausgehenden Anwachsen der Menge vorgesehen haben. Den Verbänden der RVO-Krankenkassen hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ein Vertragsangebot gemacht, mit dem die Verlängerung der zur Zeit laufenden Verträge bis zum

31. Dezember 1982 empfohlen werden soll. Die Krankenkassenverbände haben demgegenüber eine Verlängerung bis zum 30. Juni 1983 verlangt. Die Zusage der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung entspricht ihrem Inhalt nach der Mindestforderung der Koalitionsfraktionen und der Bundesregierung. Das Verlangen der Verbände der RVO-Krankenkassen, bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über deren Zusage hinaus eine Empfehlung zur Erstreckung der laufenden Verträge in das Jahr 1983 hinaus zu erreichen, erscheint daher durchaus sinnvoll.

Im einzelnen haben die Koalitionsfraktionen eine Reihe von Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf vorgelegt, die vor allem folgende Regelungen betreffen:

- Umgestaltung der Verordnungsblattgebühr,
- Klarstellung hinsichtlich der teilstationären Versorgung,
- Herausnahme der Nachsorgekuren nach § 184 a RVO aus der Begrenzungsvorschrift des § 187 a,
- Differenzierung der Höchstpreisregelung für Zahnersatz nach gewerblichen und nach Praxis-Labors.

Der Ausschuß hat diesen Änderungsanträgen jeweils zugestimmt.

Die Fraktion der CDU/CSU hat den von den Fraktionen der SPD und FDP sowie der Bundesregierung gleichlautend eingebrachten Entwurf eines Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes für die Krankenversicherung (KVEG) abgelehnt. Die Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion haben sowohl im federführenden Ausschuß wie im mitberatenden Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit zum Ausdruck gebracht, daß aufgrund der steigenden Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung Maßnahmen notwendig sind, einer solchen Entwicklung entgegenzutreten. Sie halten aber die nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nicht für geeignet, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen nachhaltig und in ausreichendem Umfang zu dämpfen. Die CDU/CSU-Fraktion sieht in der Vorlage des KVEG vielmehr einen im Eilverfahren unternommenen Versuch, gesetzliche Regelungen zu schaffen, die auf zusätzliche staatliche Reglementierungen, massive Eingriffe in die Selbstverwaltung und den Versuch direkter Kostenbeteiligung der Versicherten ausgerichtet sind. Der Gesetzentwurf lasse in keiner Weise eine durchgängige, ordnungspolitisch klare Linie erkennen. Bei den systemverändernden Eingriffen aufgrund des Gesetzentwurfs sei vorhersehbar, daß der Einspareffekt für die Träger der Krankenversicherung nicht, wie von der Bundesregierung angegeben, zwischen 1,3 und 1,6 Mrd. DM liegen werde, sondern weit unter 1 Mrd. DM. Das bedeute, daß bei erheblichen Eingriffen in das System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nur geringe Einsparungen und im wesentlichen eine Verschiebung der Lasten erreicht würden. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs werde damit nur unzureichend erfüllt.

Die Kritik der CDU/CSU-Fraktion richtete sich insbesondere gegen

- alle Regelungen des Gesetzentwurfs, die nach ihrer Ansicht die Einrichtungen der Selbstverwaltung in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigen oder auch teilweise aufheben,
- alle Versuche, durch Mengenregulierungen (sog. „Deckelungen“) eine staatliche Globalsteuerung der Kosten im Gesundheitswesen herbeiführen zu wollen.

Darüber hinaus begründet die CDU/CSU-Fraktion die Ablehnung des Gesetzentwurfs damit, daß er keinen Ansatz für eine Gesundheitspolitik bietet, die die eigentlichen Ursachen der Kostenexplosion langfristig zu bekämpfen versucht. Die Entwicklung der Selbstverantwortung des Versicherten sei nur höchst unzureichend im Entwurf enthalten. Die Stärkung der Selbstverwaltung, auf deren Grundlage eine nachhaltige Kostendämpfung gesichert werden könne, sei nicht berücksichtigt. Darüber hinaus setze der Gesetzentwurf punktuell die Methode fort, Lasten vom Bundeshaushalt auf die Krankenversicherung zu verschieben.

Im einzelnen hat die Fraktion der CDU/CSU die Streichung zahlreicher Vorschriften des Gesetzentwurfs beantragt, die insbesondere folgende Regelungen betreffen:

- Umgestaltung der Finanzierung der Versorgung mit Zahnersatz,
- Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung für die Verordnung von Bagatell-Arzneimitteln,
- teilstationäre Krankenhauspflege,
- Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für Kuren,
- Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus nach einer normalen Entbindung,
- Begrenzung des Anspruchs auf Familienhilfe für arbeitslose Jugendliche bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres,
- Synchronisierung der Zeiträume der Empfehlungen der Konzertierte Aktion für die Vertragspartner,
- Ausdehnung der für die Verordnung von Arzneimitteln geltenden Höchstbetragsregelung auf Heilmittel,
- Erstellung eines bundeseinheitlichen Verzeichnisses für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen.

Die Ausschußmitglieder der Fraktionen der SPD und FDP haben diese Streichungsanträge der Fraktion der CDU/CSU abgelehnt.

B. Besonderer Teil

In Ergänzung zu den Ausführungen im Allgemeinen Teil dieses Berichts wird zu den Änderungen, die der Ausschuß zu einzelnen Vorschriften des Gesetzentwurfs beschlossen hat, sowie im übrigen folgendes bemerkt:

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 182 RVO)

Im Zusammenhang mit der rechtlichen Neugestaltung der Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen hat in den Beratungen das Problem der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die generell für die Erbringung der kassenzahnärztlichen Leistungen gilt, eine Rolle gespielt. Hierzu ist davon auszugehen, daß auch für die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnersatz die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenzahnärzten entsprechend den bestehenden Regelungen im Kassenarztrecht der RVO verantwortlich ist. Die Selbstverwaltung muß daher für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine auch der Bedeutung des Heil- und Kostenplans angemessene „vernünftige“ Lösung finden.

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 182 a RVO)

Durch die Heraufsetzung der Verordnungsblattgebühr von 1 DM auf 1,50 DM wird insbesondere der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen für diese Mittel sowie der Preisentwicklung Rechnung getragen. Im Interesse einer verantwortungsbewußteren Inanspruchnahme von Heilmitteln und wegen deren gegenüber Arznei- und Verbandmitteln höheren Kosten wird eine Verordnungsblattgebühr von 4 DM je Verordnung als angemessen angesehen. Maßgebend ist nicht die Menge der verordneten Heilmittel, sondern die Anzahl der Verordnungen. Bei der Verordnung von sechs Massagen handelt es sich somit um eine Verordnung. In die Regelung werden auch Brillen sowie die Instandsetzung von Heilmitteln und Brillen einbezogen.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 182 c RVO)

Redaktionelle Klarstellung, daß von dieser Regelung z. B. nicht die zahntechnischen Leistungen bei der Kieferorthopädie betroffen sind.

Für die in Absatz 5 angesprochene Möglichkeit einer Vereinbarung zwischen Versicherten und Kassenzahnarzt ist darauf hinzuweisen, daß nur eine die gesetzliche Versorgung in Einzelaspekten ergänzende und die Stellung des Patienten als Versicherten unberührt lassende Vereinbarung zulässig ist, nicht jedoch eine Vereinbarung, durch die die gesamte Versorgung im Wege sogenannter Abdingung den gesetzlichen Regelungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung entzogen wird; der Versicherte kann nicht als „Privatpatient“ behandelt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 184 RVO)

Durch die Änderung wird klargestellt, daß teilstationäre Krankenhauspflege nur in Betracht kommt, wenn die Versorgung durch das Krankenhaus auch weiterhin notwendig ist.

Die Verantwortung für den Patienten hat auch im Falle der teilstationären Krankenhauspflege das

Krankenhaus; dies ist unproblematisch, wenn der Patient sich im Krankenhaus befindet; befindet er sich zu Hause, so hat er bei Komplikationen das Krankenhaus wieder aufzusuchen. In Notfällen steht der Not- und Bereitschaftsdienst zur Verfügung, der den Patienten in das Krankenhaus zu bringen hat.

Im Gegensatz zur teilstationären Krankenhauspflege kommt eine nachstationäre Behandlung nur dann in Betracht, wenn die Krankenhauspflege abgeschlossen und nicht mehr erforderlich ist. Diese Fälle werden von der Neuregelung nicht erfaßt.

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 187 a RVO)

Durch die Herausnahme der Kurleistungen nach § 184 a RVO aus der Ausgabenbegrenzung und die Erhöhung des Höchstbetrages auf 120 v. H. der durchschnittlichen Ausgaben aller Träger der Krankenversicherung wird der Spielraum der Krankenkassen für die Erbringung von Kurleistungen erweitert.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 368 g RVO)

In Absatz 4 Satz 1 sollen durch die Nennung des Bundesinnungsverbandes der Zahntechniker die Vertretungsverhältnisse der Zahntechniker bei der Aufstellung des einheitlichen Verzeichnisses klargestellt werden. Die Streichung der Worte „bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen“ stellt sicher, daß in das Verzeichnis alle in der kassenzahnärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen aufgenommen werden.

Die Änderung zu Absatz 5 a Satz 1 entspricht einem Vorschlag des Bundesrates und sieht eine Begrenzungsregelung für die Vergütung der zahntechnischen Leistungen aus praxiseigenen Labors vor, um Wettbewerbsvorteile praxiseigener Labors gegenüber gewerblichen Labors zu vermeiden.

Zu Artikel 1 Nr. 15 a (§ 368 i RVO)

Die Änderung in Absatz 3 a Satz 2 dient der Klarstellung der Vertretungsverhältnisse der Zahntechniker.

Zu Artikel 1 Nr. 18 (§ 376 Abs. 4 RVO)

Im Zusammenhang mit der Regelung über die Preisauszeichnungspflicht der Apotheker hat der Ausschuß die Erwartung geäußert, daß bei einer Novellierung des Arzneimittelgesetzes geprüft wird, ob die Hersteller von Fertigarzneimitteln verpflichtet werden können, die Apothekenabgabepreise bereits auf den Packungen anzugeben. Zusätzlich sollen weitere Möglichkeiten geprüft werden, wie dem Patienten Kostentransparenz bei den von ihm benötigten Arzneimitteln vermittelt werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 376 d RVO)

Bei der Regelung in Absatz 3, welche vorsieht, daß im Rahmen von auf Verbandsebene abgeschlossenen Höchstpreisvereinbarungen mit einzelnen oder mehreren Anbietern abweichende und ergänzende Vereinbarungen abgeschlossen werden können, ist davon auszugehen, daß Anbieter, die solche Vereinbarungen abzuschließen oder solchen Vereinbarungen beizutreten nicht bereit sind, deswegen nicht von der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden können.

Zu Artikel 3 Nr. 2 (§ 11 a KVLG)**Zu Artikel 3 Nr. 4 (§ 14 KVLG)****Zu Artikel 3 Nr. 5 (§ 16 KVLG)****Zu Artikel 3 Nr. 7 (§ 17 KVLG)**

Es handelt sich um Anpassungen an die Änderungen in Artikel 1 Nr. 9 (§ 187 a RVO), Artikel 1 Nr. 3 (§ 182 a RVO), Artikel 1 Nr. 5 (§ 182 c RVO) und Artikel 1 Nr. 7 (§ 184 RVO).

Zu Artikel 3 Nr. 12 (§ 36 KVLG)

Die Fraktion der CDU/CSU hat bezweifelt, daß die vorgesehene Streichung der Worte „der Haushalts-hilfe“ in § 36 Abs. 5 KVLG zu einer Kostendämpfung führen werde. Auf interfraktionellen Wunsch ist die Bundesregierung beauftragt worden, nach Ablauf eines Jahres nach Inkrafttreten der Änderung dieser Vorschrift über die finanziellen Auswirkungen der Neuregelung zu berichten.

Bonn, den 4. November 1981

Egert
Berichterstatte

