

Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A. Problem

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

B. Lösung

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

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

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

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

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 31 wird Absatz 3 wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- und Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist, eine Zuzahlung von 15 vom Hundert, mindestens eine Deutsche Mark und höchstens 10 Deutsche Mark je Mittel, an die abgebende Stelle zu leisten. Pfennigbeträge sind auf den nächstniedrigeren durch zehn teilbaren Betrag abzurunden.“

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

3. Nach § 43 wird folgender § 43 a eingefügt:

„§ 43 a

Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

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

4. § 45 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „achte Lebensjahr“ durch die Worte „zwölfte Lebensjahr“ ersetzt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr.“

5. In § 54 Abs. 1 erhält Satz 1 folgende Fassung:

„Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbs-

tätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit

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

Mitglied oder nach § 10 versichert waren.“

6. In § 62 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:

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

7. § 119 Abs. 2 wird gestrichen. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.

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

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

Artikel 2

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

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

- In § 14 wird folgender Satz angefügt:

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

Artikel 3

Inkrafttreten

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

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

Bonn, den 18. September 1991

Dr. Alfred Dregger, Dr. Wolfgang Bötsch und Fraktion
Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

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

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

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

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

Das geltende Recht sieht ab 1. Januar 1992 eine Zuzahlung von 15 v. H., jedoch höchstens 15 DM je Mittel, vor. Am Grundsatz der 15%igen Zuzahlung wird festgehalten. Die ab 1. Januar 1992 zunächst vorgesehene Obergrenze von 15 DM (§ 31 Abs. 3 Nr. 2) wird aus Gründen der Sozialverträglichkeit auf 10 DM herabgesetzt. Ferner wird eine Mindestzuzahlung von 1 DM eingeführt.

2. Erleichterung bei der Vorversicherungszeit für Pflegeleistungen

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

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

3. Härteklausel Zahnersatz

Nach geltendem Recht wird der von Versicherten zu tragende Teil der Zahnersatzkosten (40 %) von

der Krankenkasse dann voll übernommen, wenn der Versicherte unter der Einkommensgrenze des § 61 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) liegt. Die Einkommensgrenze liegt bei Alleinstehenden z. Z. bei 1 344 DM.

Bei einer auch nur geringfügigen Überschreitung dieser Grenze ist der volle Eigenanteil zu zahlen. Dies kann in einzelnen Fällen zu großen finanziellen Belastungen führen. Nach dem Änderungsvorschlag wird die bisherige starre Regelung durch eine stufenweise Eigenbeteiligung abgelöst, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten besser berücksichtigt.

4. Neben diesen Regelungen zur besseren Sozialverträglichkeit besteht Klarstellungsbedarf bei den nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen.

Bislang fehlte eine leistungsrechtliche Vorschrift, die versicherten Kindern einen Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen einräumt. Der Gesetzentwurf schafft die entsprechende Rechtsgrundlage.

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

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

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

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

B. Besonderer Teil**Zu Artikel 1 — Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Zu Nummer 1 (§ 31)**

Die Neufassung des Absatzes 3 sieht für die 15%ige Zuzahlung, die nach § 31 Abs. 3 Nr. 2 zum 1. Januar 1992 in Kraft tritt, einen Mindestbetrag von 1 DM vor; die zunächst vorgesehene Obergrenze von 15 DM wird aus Gründen der Sozialverträglichkeit auf 10 DM herabgesetzt. Kosten im Sinne des Absatzes 3, von denen die Zuzahlung zu leisten ist, sind die Abgabepreise der abgebenden Stelle. Deshalb werden bei der Berechnung der Zuzahlung weder der Apothekenrabatt (§ 130) noch der Rechnungsabschlag nach § 311 a berücksichtigt.

Zu Nummer 2 (§ 38)

Folgeänderung aufgrund der Änderung durch Nummer 4 Buchstabe a.

Zu Nummer 3 (§ 43 a)

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

Zu Nummer 4 (§ 45)**Zu Buchstabe a**

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 5 (§ 54)

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

Zu Nummer 6 (§ 62)

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

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

Zu Nummer 7 (§ 119)

Folgeänderung zur Einfügung des § 43 a SGB V.

Zu Nummer 8 (§ 310)

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

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

Folgeänderung aufgrund der Änderung in Artikel 1 Nr. 5. Sie stellt sicher, daß auch Versicherungszeiten, die vor der Einführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (1. Oktober 1972) in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegt wurden, berücksichtigt werden.

Zu Artikel 3 — Inkrafttreten

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

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

C. Finanzielle Auswirkungen

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

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

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

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

Die Anhebung der Härtefallgrenzen auf das Niveau der alten Bundesländer (§ 310) wird die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern mit rd. 0,8 bis 1,2 Mrd. DM im Jahr 1992 belasten.

D. Preiswirkungsklausel

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

