

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A. Zielsetzung

Die dramatische Kostenentwicklung in allen Bereichen der Krankenversicherung zwingt zu kurzfristigen Einsparungen. Dieses Gesetz soll zusammen mit dem Gesundheits-Strukturgesetz eine sofortige Kostenbegrenzung bewirken und die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung auf einem vertretbaren Niveau stabilisieren. Beide Gesetzentwürfe stehen in einem inneren Zusammenhang.

B. Lösung

Der Gesetzentwurf konzentriert sich im wesentlichen auf leistungrechtliche Regelungen:

1. Neugestaltung der Zuzahlung bei Arznei- und Verbandmitteln,
2. Neuregelung des Ausgleichs wegen häuslicher Ersparnis bei stationärer Behandlung und stationären Kuren,
3. Begrenzung der Leistungspflicht bei Zahnersatz auf medizinisch notwendige Regelleistungen und bei kieferorthopädischer Behandlung.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die vorgesehenen Leistungsbegrenzungen entlasten die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1993 um rd. 3,22 Milliarden DM. Davon entfallen 2,6 Milliarden DM auf die GKV in den alten Bundesländern und 0,6 Milliarden auf die GKV in den neuen Bundesländern. In den folgenden Jahren ist mit Entlastungen in ähnlicher Größenordnung zu rechnen. Einzelheiten sind dem Teil C der Begründung zu entnehmen.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
021 (313) — 800 00 — So 4/92

Bonn, den 7. September 1992

An den Präsidenten
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Gesundheit.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 14. August 1992 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Kohl

Entwurf eines Dritten 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 Gesetz vom . . . (BGBl. I S. . .), wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf“ durch das Wort „vierundzwanzig“ und das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.
2. Dem § 18 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Ist während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthaltes festgestellt hat. Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben.“

3. § 23 Abs. 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen, gilt § 39 Abs. 4 entsprechend.“

4. § 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Worte „und 6“ gestrichen.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 39 Abs. 4 entsprechend.“

5. In § 28 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.“

6. § 30 wird wie folgt gefaßt:

„§ 30

Regel- und Wahlleistungen bei Zahnersatz

(1) Versicherte haben Anspruch auf zahnmedizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (Regelleistungen). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen. Sofern Zähne nur durch Kronen erhalten werden können, gehören Einzelkronen einschließlich Stütz- und Schutzkronen zu den Regelleistungen. Weiter gehören zu Regelleistungen Brücken zum Ersatz von jeweils höchstens zwei Zähnen einschließlich der an die Lücke unmittelbar anschließenden Brückenanker, Kunststoffverblendungen bei Regelleistungen im Oberkiefer bis einschließlich Zahn 5 und im Unterkiefer bis einschließlich Zahn 4, Teilprothesen mit Halte- und Stützvorrichtungen, Totalprothesen, Interimsversorgungen vor Regelleistungen, Wiederherstellungen und Erweiterungen bei Regelleistungen, Weichteilstützungen, Resektionsprothesen und Epithesen. Teilprothesen mit Verbindungselementen gehören nur bis zu einem Restzahnbestand von drei Zähnen je Kiefer zu den Regelleistungen. Treten bei einer Gesamtplanung neben Regelleistungen getrennt hiervon auch Wahlleistungen auf, werden die Regelleistungen dadurch nicht zu Wahlleistungen. Auch durch die zusätzliche Verblendung von Kronen und Brückengliedern oder durch die Verwendung aufwendigerer Legierungen werden die Regelleistungen nicht zu Wahlleistungen.

(2) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung erbrachten Regelleistungen bei Zahnersatz (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen), solange nicht Festzuschüsse nach Absatz 4 festgelegt worden sind. Der Zuschuß erhöht sich bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 7 Satz 2 um 10 Prozentpunkte.

(3) Wählen Versicherte Zahnersatzleistungen, die über die Regelleistungen der kassenzahnärztlichen Versorgung hinausgehen (Wahlleistungen), so zahlt die Krankenkasse den Zuschuß für die sonst erforderlichen Regelleistungen.

(4) Die Krankenkasse zahlt für Zahnersatz und Zahnkronen Festzuschüsse. Um diese festsetzen zu können, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und unter Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen das Verfahren zur Ermittlung der regelmäßig anfallenden zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen einschließlich der Materialien

(Grunddefinitionen für prothetische Leistungen) und legen diese bis zum 30. Juni 1993 fest. Dabei ist der Bundesinnung der Zahntechniker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. Die Grunddefinitionen sind so festzulegen, daß sowohl einfache als auch schwierige Versorgungsfälle anteilig berücksichtigt werden. In den Fällen, in denen dieses Verfahren nicht anwendbar ist, sind gesonderte Grunddefinitionen festzulegen. Zahnarzt und Zahntechniker dürfen Versicherten bei Regelleistungen keine zusätzlichen Kosten berechnen. Ausgenommen hiervon sind Mehrkosten für Legierungen. Die Grunddefinitionen sind der zahnmedizinischen Entwicklung anzupassen.

(5) Sind die Grunddefinitionen von der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen nicht bis 31. Dezember 1994 festgelegt worden, setzt der Bundesminister für Gesundheit die Grunddefinitionen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für die Vereinbarungen nach Absatz 4 fest. Die Rechtsverordnung gilt für mindestens ein Jahr. Anschließend können die Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 2 die Grunddefinitionen nach den gesetzlichen Vorgaben weiterentwickeln. Nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde hat die Vereinbarung der Selbstverwaltung vom ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden übernächsten Monats an Vorrang vor der Rechtsverordnung. Die Vertragspartner haben die Vereinbarung einschließlich des Genehmigungsvermerks entsprechend den für ihre Satzungen geltenden Regelungen öffentlich bekanntzumachen.

(6) Auf der Basis der Grunddefinitionen sind die Festzuschüsse von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemäß den jeweils geltenden Gebührenordnungen und zahntechnischen Durchschnittspreisen festzulegen. Sie haben 50 vom Hundert der Kosten der Regelleistungen abzudecken.

(7) Für eigene Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne sind die Festzuschüsse so festzusetzen, daß sie 60 vom Hundert der Kosten der Regelleistungen betragen. Die erhöhten Festzuschüsse sind dann zu zahlen, wenn der Gebißzustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege erkennen läßt und er seit dem 1. Januar 1989, bei Behandlungsbeginn nach dem 31. Dezember 1993 während der letzten fünf Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung,

1. die Untersuchungen nach § 22 in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. er sich nach Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse erhöhen sich auf 65 vom Hundert der Kosten der Regelleistungen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und

in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 2 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.

(8) Auf die Regelleistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen sind die Vorschriften der kassenärztlichen Versorgung anzuwenden. Der Zahnarzt soll mit der Behandlung erst beginnen, nachdem die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. In medizinisch zweifelhaften Fällen können Gutachterverfahren vorgesehen werden.

(9) Im Heil- und Kostenplan müssen Wahlleistungen einschließlich eines verbindlichen Kostenvoranschlages für Material- und Laborkosten angegeben werden. Damit die Krankenkasse die Leistungsvoraussetzungen prüfen und den Zuschuß festsetzen kann, müssen im Heil- und Kostenplan auch die alternativen Regelleistungen einschließlich zugehöriger Stütz- und Schutzkronen angegeben werden. Bei Wahlleistungen hat der Zahnarzt auf dem Heil- und Kostenplan auch den zugrunde gelegten Steigerungssatz der Gebührenordnung für Zahnärzte verbindlich anzugeben. Nach der Festsetzung des Zuschusses durch die Krankenkasse und vor Beginn der Behandlung mit Wahlleistungen ist eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient entsprechend dem vorgelegten Heil- und Kostenplan zu treffen.

(10) Der Zahnarzt ist verpflichtet, bei der Auftragserteilung dem gewerblichen zahntechnischen Labor mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Er hat dem Versicherten bei Rechnungslegung auch eine Durchschrift der Originalrechnung des gewerblichen oder praxis-eigenen Labors über zahntechnische Regel- und Wahlleistungen auszuhändigen."

7. § 31 Abs. 2 und 3 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel eine Zuzahlung von 10 vom Hundert des Apothekenabgabepreises, mindestens drei Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, und höchstens zehn Deutsche Mark; Pfennigbeträge sind auf den nächstniedrigeren durch zehn teilbaren Betrag abzurunden. Wenn der Apothekenabgabepreis höher ist als der für diese Arznei- oder Verbandmittel nach § 35 festgesetzte Festbetrag, tritt für die Berechnung der Zuzahlung der Festbetrag an die Stelle des Apothekenabgabepreises. Ab 1. Januar 1994 gilt als Mindestbetrag der Zuzahlung 0,1 vom Hundert und

als Höchstbetrag 0,3 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches; Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren durch 100 teilbaren Betrag aufzurunden."

8. § 39 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Versicherte zahlen je Kalendertag der Krankenhausbehandlung einen Betrag in Höhe von 0,3 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet; Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche-Mark-Betrag aufzurunden. Satz 1 gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären Krankenhausbehandlung.“

9. § 40 Abs. 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen, gilt § 39 Abs. 4 entsprechend.“

10. § 41 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Worte „bis 5“ ersetzt durch „und 4“.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(3) Für Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1, deren Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, in Anspruch nehmen, gilt § 39 Abs. 4 entsprechend.“

11. § 60 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Krankenkasse übernimmt

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist,

die Fahrkosten, soweit sie 0,6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches je Fahrt übersteigen (Zuzahlung); Pfennigbeträge sind auf den

nächsthöheren vollen Deutsche-Mark-Betrag aufzurunden.“

bb) In Satz 3 werden die Worte „von 20 Deutsche Mark“ gestrichen.

b) In Absatz 3 Nr. 4 wird die Bezeichnung „31 Deutsche Pfennige“ ersetzt durch „den jeweils aufgrund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung“.

12. § 61 Abs. 1 Nr. 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

„1. Versicherte von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie von den bei Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren nach § 24 Abs. 3 und § 41 Abs. 3 zu zahlenden Beträgen zu befreien,

2. den von den Versicherten zu tragenden Teil der Kosten der Regelleistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen,“.

13. § 62 Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Krankenkasse hat den vom Versicherten zu tragenden Teil der Kosten der Regelleistungen 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 Einnahmegrenze übersteigt.“

14. § 73 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz (Regelleistungen); kieferorthopädische Behandlung für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,“.

15. In § 78 Abs. 1 werden die Worte „Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch „Bundesminister für Gesundheit“.

16. In § 192 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ ersetzt durch „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“.

17. § 310 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird gestrichen.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 7 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.“

c) Die Absätze 5, 6, 8 und 10 werden gestrichen.

d) In Absatz 11 Satz 2 wird das Wort „Juli“ ersetzt durch „Januar“.

Artikel 2**Änderung des Sechsten Buches
Sozialgesetzbuch**

§ 32 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen einen Betrag in Höhe von 0,3 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches; Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche-Mark-Betrag aufzurunden.“

b) Absatz 3 wird gestrichen.

Artikel 3**Änderung des Gesetzes über die
Krankenversicherung der Landwirte**

In § 29 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), werden die Worte „Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind und“ ersetzt durch

„Für

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind,
 2. sonstige Mitglieder,
- die“.

Artikel 4**Änderung des Zweiten Gesetzes über die
Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 1 Nr. 1 wird das Wort „zwölf“ durch das Wort „vierundzwanzig“ und das Wort „sechs“ durch das Wort „zwölf“ ersetzt.
2. In § 25 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“ ersetzt durch „oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Erziehungsurlaub in Anspruch genommen wird“.

3. In § 58 werden die Worte „und die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes“ gestrichen.

Artikel 5**Überleitungsvorschriften****§ 1****Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen
bei Erwachsenen**

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und deren kieferorthopädische Behandlung vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich zahntechnischer Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 12. August 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 2**Versorgung mit Zahnersatz**

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der Kosten für zahntechnische Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 12. August 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 3**Freiwillige Versicherung**

Für Personen, die bis zum 31. Dezember 1992 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, gelten § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils in der bis dahin geltenden Fassung auch dann, wenn der Beitritt nach dem 31. Dezember 1992 der Krankenkasse angezeigt wird.

Artikel 6**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1992 treten Artikel 1 Nr. 16 und Artikel 4 Nr. 2 in Kraft.

Begründung**A. Allgemeiner Teil**

In der gesetzlichen Krankenversicherung steigen seit Mitte 1990 die Ausgaben wieder stärker als die Einnahmen. Diese Entwicklung hat sich 1991 beschleunigt und bei den Ausgaben bereits im vergangenen Jahr mit einem Anstieg von 10,4 v. H. je Mitglied den höchsten Wert seit 1975 erreicht. War im Jahr 1991 in den alten Bundesländern noch ein Defizit von rd. 5,5 Mrd. DM zu verzeichnen, muß 1992 trotz inzwischen eingetretener Beitragssatzerhöhungen mit einem Defizit von rd. 10 Mrd. DM gerechnet werden. Langfristige Entwicklungen wie die steigende Lebenserwartung und der medizinisch-technische Fortschritt können die kurzfristigen Kostenschübe nicht erklären. In den Defiziten drücken sich vielmehr Überkapazitäten, unwirtschaftliche Strukturen und medizinisch nicht erforderliche Mengenausweitungen bei der Verordnung von Leistungen aus. Deshalb ist der durchschnittliche Beitragssatz, der dank der Gesundheitsreform von 12,9 auf 12,2 v. H. gesunken war, zum 1. Juli 1992 wieder auf rd. 12,6 v. H. gestiegen.

Eine verantwortlich gestaltete Gesundheitspolitik kann eine solche Entwicklung nicht hinnehmen. Steigende Beitragssätze überfordern Arbeitnehmer und Arbeitgeber, insbesondere in einer historischen Ausnahmesituation, in der alle Anstrengungen auf den Aufbau der neuen Länder und die europäische Integration gerichtet sein müssen. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß steigende Krankenversicherungsbeiträge automatisch zu einer Reduzierung der jährlichen Rentenanpassungen führen.

Um eine solche Entwicklung zu verhindern, schlägt der Gesetzentwurf eine Reihe von Maßnahmen vor, die die gesetzliche Krankenversicherung ab 1993 entlasten werden. Während er sich hauptsächlich auf leistungsrechtliche Regelungen konzentriert, enthält der gleichzeitig vorgelegte Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes vor allem strukturelle Maßnahmen, die ebenfalls zu beträchtlichen Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung führen werden. Beide Gesetzentwürfe stehen in einem inneren Zusammenhang; auf den Allgemeinen Teil der Begründung des Entwurfs eines Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 wird deshalb Bezug genommen.

Der vorliegende Entwurf enthält im wesentlichen folgende Regelungen:

1. Neugestaltung der prozentualen Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel

Das geltende Recht sieht eine Zuzahlung von 3 DM, ab 1. Juli 1993 eine prozentuale Zuzahlung von 15 % (mindestens 1 DM und höchstens 10 DM je Mittel) vor.

Diese Zuzahlung wird aus Gründen der Sozialverträglichkeit auf 10 v. H. (mindestens 3 DM und höchstens 10 DM je Mittel) herabgesetzt. Sie wird künftig auf alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel ausgedehnt, auch auf die Mittel, für die bereits ein Festbetrag festgesetzt worden ist. Diese Änderung vermeidet die von Versicherten häufig nicht nachvollziehbare Regelung, daß bei Arzneimitteln, die typischerweise bei schweren Erkrankungen verordnet werden, häufig eine Zuzahlung geleistet werden muß, während bei den Festbetragsarzneimitteln keine Zuzahlung erforderlich ist.

2. Neuregelung des Ausgleichs wegen häuslicher Ersparnis bei stationärer Behandlung

Die Ausgleichszahlung der Versicherten bei Krankenhausbehandlung ist im geltenden Recht auf höchstens 14 Tage im Kalenderjahr und auf 10 DM täglich begrenzt. Diese Regelung wird dem damit beabsichtigten Ausgleich häuslicher Ersparnisse, der für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthalts eintritt, nicht gerecht. Deshalb wird der als Ausgleich zu zahlende Betrag nicht mehr zeitlich begrenzt und entsprechend der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße dynamisiert. Bei der Berechnung der Höhe der häuslichen Ersparnis werden die hierfür in der Sachbezugsverordnung für 1992 festgelegten Werte zugrunde gelegt.

Dieselbe Regelung soll auch für die Zuzahlung bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gelten.

Die für Kinder bis zu 18 Jahren und für teilstationäre Behandlung geltenden Ausnahmen bleiben bestehen. Da der Ausgleichszahlung eine häusliche Ersparnis gegenübersteht, ist die Härtefallregelung auf sie grundsätzlich nicht anzuwenden.

3. Begrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung

Die Krankenkassen erstatten bei der Versorgung mit Zahnersatz künftig nur noch 50 bzw. 60 v. H. der Kosten der im Gesetz abschließend aufgezählten Regelleistungen. Sie gewährleisten eine funktionsgerechte und vollwertige Versorgung mit Zahnersatz. Für die Regelleistungen legt die Selbstverwaltung bis zum 30. Juni 1993 Festzuschüsse fest, die den typischen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz entsprechen. Wer sich für aufwendigeren Zahnersatz (Wahlleistungen) entscheidet, erhält den Zuschuß, den er für die Regelleistung

erhalten hätte. Die Regelleistung wird im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erbracht, die Wahlleistung erfolgt auf privatrechtlicher Grundlage über die Gebührenordnung für Zahnärzte. Die Härtefallregelung ist nur auf die Aufwendungen für Regelleistungen anzuwenden. Die Krankenkassen dürfen dem Versicherten zur Abdeckung von Wahlleistungen eine privatrechtliche Absicherung in eigener Rechtsform anbieten.

Außerdem wird die Leistungspflicht der Krankenkassen bei kieferorthopädischer Behandlung auf Kinder bis 18 Jahre begrenzt.

4. Dynamisierung der Zuzahlungsbeträge

Um der Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse Rechnung zu tragen und ständige Gesetzesänderungen zu vermeiden, werden die Ausgleichszahlungen bei stationärer Behandlung und die Zuzahlung bei Fahrkosten sowie die Mindest- und Höchstbeträge bei der Zuzahlung zu Arzneimitteln durch Anbindung an die Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) dynamisiert.

5. Weitere Änderungen

Der Entwurf enthält darüber hinaus noch eine Reihe von geringfügigen Änderungen zum versicherten Personenkreis, Leistungs- und Beitragsrecht. Sie beruhen vielfach auf Anregungen des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages, machen das Krankenversicherungsrecht praktikabler oder haben klarstellenden bzw. redaktionellen Charakter.

6. Auswirkungen auf Versicherte in den neuen Bundesländern

Um dem in den neuen Bundesländern zur Zeit noch niedrigeren Einkommensniveau Rechnung zu tragen, sieht der Entwurf für die dort Versicherten folgende Sonderregelungen vor:

- Die Härtefallregelungen stellen bei den Zuzahlungen zu Arzneimitteln auf die für die alten Bundesländer geltende höhere Bezugsgröße ab, so daß mehr Versicherte von den Härtefallregelungen Gebrauch machen können;
- die Ausgleichszahlung für häusliche Ersparnis bei stationärer Behandlung ist geringer als im übrigen Bundesgebiet (voraussichtlich 8 statt 11 DM täglich);
- die Zuzahlung zu Fahrkosten richtet sich nach der für die neuen Bundesländer geltenden niedrigeren Bezugsgröße und ist deshalb geringer als im übrigen Bundesgebiet (voraussichtlich 16 statt 22 DM je einfache Fahrt).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 9)

Durch die Verlängerung der für den freiwilligen Beitritt notwendigen Vorversicherungszeiten wird der Kreis der Beitrittsberechtigten noch stärker als bisher auf Personen begrenzt, die vorher der gesetzlichen Krankenversicherung für einen längeren Zeitraum angehört haben. Dadurch werden das Solidaritätsprinzip gestärkt und die Versichertengemeinschaft vor unzumutbaren Belastungen geschützt.

Zu Nummer 2 (§ 18)

Die Vorschrift löst Probleme für Versicherte, denen in Nicht-Vertragsstaaten wegen einer Vorerkrankung oder wegen ihres Lebensalters für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt kein ausreichender privater Versicherungsschutz zur Verfügung gestellt werden kann. Damit wird auch einem vor allem von chronisch Kranken (z. B. Dialysepatienten, Bluter) häufig an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages herangetragenen Anliegen entsprochen. Die Leistungspflicht der Krankenkasse wird auf vorübergehende Auslandsaufenthalte, z. B. Urlaubs- und Besuchsreisen, beschränkt, um den Ausnahmecharakter der Regelung klarzustellen. Deshalb reicht ein Zeitraum von sechs Wochen aus. Die Regelung in Satz 3 stellt sicher, daß insbesondere Kuren im vertragslosen Ausland nicht übernommen werden.

Die Vorschriften des EG- und Abkommensrechts bleiben unberührt (§ 30 Abs. 2 SGB I).

Zu Nummer 3 (§ 23 Abs. 6)

Wenn die Krankenkasse eine stationäre Kur mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringt, entstehen in gleichem Maße häusliche Ersparnisse wie bei Krankenhausbehandlung. Deshalb ist es sachgerecht, auch bei stationären Vorsorgekuren die gleichen Regelungen für den Ausgleich häuslicher Ersparnisse anzuwenden.

Zu Nummer 4 (§ 24 Abs. 3)

Häusliche Ersparnisse treten bei Vorsorgekuren für Mütter nur dann im vergleichbaren Umfang wie bei Krankenhausbehandlung auf, wenn die Krankenkasse die Kosten für diese Kur voll übernimmt. Deshalb ist es sachgerecht, die Ausgleichszahlungen auf diese Fälle zu beschränken.

Zu Nummer 5 (§ 28)

Die Vorschrift beschränkt den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bei der zahnärztlichen Behandlung. Die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung von Versicherten, die bei Beginn der Behandlung (Ausstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes) das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, werden zukünftig nicht mehr von den Krankenkassen übernommen. Die Solidargemeinschaft soll künftig nicht mehr für diese Leistungen aufkommen, da sie aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen vor Abschluß des Wachstums begonnen werden sollen und Behandlungen bei Erwachsenen überwiegend aus ästhetischen Gründen und aus Gründen mangelnder zahnmedizinischer Vorsorge in früheren Jahren erfolgen.

Zur Übergangsregelung vgl. Artikel 5 § 1.

Zu Nummer 6 (§ 30)

Die Vorschrift ist neu. Sie soll die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wirksamer als bisher auf das zahnmedizinisch Notwendige begrenzen. Gleichzeitig soll die Eigenverantwortung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Zahnersatz gestärkt werden. Zahnersatz unterscheidet sich von den anderen medizinischen Leistungen dadurch, daß in aller Regel mehrere, unterschiedlich aufwendige Versorgungsmöglichkeiten bei gleicher Befundsituation bestehen. Deshalb wird die künftige Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz so definiert, daß sie — auf heutigem zahnmedizinischem Niveau — eine funktionsfähige und vollwertige Versorgung mit Zahnersatz sicherstellt. Versicherte, die aufwendigere Versorgungsformen wählen, erhalten nur den Zuschuß zu Regelleistungen und haben für die darüber hinausgehenden Kosten selbst aufzukommen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt den Anspruch der Versicherten und definiert die Regelleistungen abschließend. Mit der ausführlichen Aufzählung des Inhalts der Regelleistungen sollen Unstimmigkeiten bei der konkreten Umsetzung dieser Vorschrift durch die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen vermieden werden. Zu den Regelleistungen gehören Einzelkronen einschließlich notwendig werden-der Stütz- und Schutzkronen, sofern die Zähne nur durch Kronen erhalten werden können, und Brücken zum Ersatz von höchstens zwei Zähnen einschließlich Brückenanker. Brücken zum Ersatz von höchstens zwei Zähnen können im Mund mehrmals notwendig werden.

Die Definition der Verblendgrenzen entspricht den geltenden Zahnersatz-Richtlinien. Der Regelleistungskatalog umfaßt Kunststoffverblendungen bei Regelleistungen, Teilprothesen (z. B. Modellgußprothesen) mit Halte- und Stützvorrichtungen, Totalprothesen, Interimsversorgungen vor Regelleistungen

und Wiederherstellungen und Erweiterungen bei Regelleistungen, weil es zu diesen Leistungen keine zahnmedizinisch gleichwertige, kostengünstigere Versorgungsform gibt. Weichteilstützungen, Resektionsprothesen und Epithesen fallen im wesentlichen im Rahmen von Krebs- und Unfallbehandlungen an und sind deshalb Regelleistungen. Teilprothesen mit Verbindungselementen (z. B. Teleskope oder Geschiebe) gehören in den Fällen zu Regelleistungen, in denen der Restzahnbestand je Kiefer nur noch höchstens drei Zähne beträgt. In diesen Fällen gibt es zu Teilprothesen mit Verbindungselementen keine zahnmedizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Alternative.

Sofern die Gesamtplanung eines Versorgungsfalles Regel- und Wahlleistungen enthält (z. B. im Oberkiefer eine Regelleistung und im Unterkiefer eine Wahlleistung), werden die Regelleistungen dadurch nicht zu Wahlleistungen. Auch durch eine zusätzliche Verblendung von Kronen- oder Brückengliedern im Rahmen von Regelleistungen wird die gesamte Versorgung nicht zur Wahlleistung. Gleiches gilt, wenn bei Kronen oder Brückengliedern andere Legierungen verwendet werden, als die Zahnersatz-Richtlinien vorsehen (z. B. edelmetallreduzierte Legierungen statt Palladium-Basislegierungen).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt weitgehend bisheriges Recht. Die für die Selbstverwaltung bestehende Möglichkeit, differenzierte Zuschüsse zum Zahnersatz festzulegen, die nicht wahrgenommen wurde, fällt weg. Statt dessen wird die Selbstverwaltung verpflichtet, die prozentuale Erstattungsleistung durch Festzuschüsse nach Absatz 6 und 7 zu ersetzen.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung wird klargestellt, daß die Krankenkasse in den Fällen, in denen Versicherte ausschließlich oder neben Regelleistungen Wahlleistungen in Anspruch nehmen, lediglich den Zuschuß für die Wahlleistungen entsprechenden Regelleistungen zahlt. Die Zuschüsse zu den entsprechenden Regelleistungen werden auch dann von der Krankenkasse gezahlt, wenn der Versicherte ausschließlich Leistungen oder gegebenenfalls zusätzlich Leistungen in Anspruch nimmt, die außerhalb des kassenzahnärztlichen Bewertungsmaßstabes liegen (z. B. gnathologische Leistungen).

Zu Absatz 4

Die Vorschrift verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen, gemeinsam und einheitlich mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und unter Einbeziehung der Stellungnahme der Bundesinnung der Zahntechniker in die Entscheidung die Grunddefinitionen für prothetische Leistungen bis zum 30. Juni 1993 festzulegen. Sie haben die prothetische Versorgung gemäß dem kassenzahnärztlichen Bewertungs-

maßstab umfassend zu definieren. Maßgeblich sind dafür die regelmäßig anfallenden zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen einschließlich der dazugehörigen Materialien. Mit der Formulierung „regelmäßig“ wird zum Ausdruck gebracht, daß solche zahntechnische Leistungen, die in der Mehrzahl der Fälle überflüssig oder unwirtschaftlich sind und für die es vergleichbare, kostengünstigere Leistungen gibt, nicht einzurechnen sind. Bei der Festlegung ist darauf zu achten, daß sowohl einfache als auch schwierige Versorgungsfälle anteilig in den Grunddefinitionen berücksichtigt werden. Die Grunddefinition prothetischer Leistungen stellt damit ein pauschaliertes Leistungsbündel dar, das die typischerweise anfallenden zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz vollständig beinhaltet. Mit Hilfe dieser Pauschalierung sollen wirtschaftliche Versorgungsformen und ein verstärkter Wettbewerb gefördert werden. Da die Grunddefinitionen sowohl einfache als auch schwierige Versorgungsfälle anteilig berücksichtigen und in den Ausnahmefällen, in denen dies nicht möglich ist (z. B. Weichkunststoff, individueller Löffel, individuelle Provisorien), gesonderte Grunddefinitionen ermittelt werden, dürfen Versicherten bei Regelleistungen weder vom Zahnarzt noch vom Zahntechniker zusätzliche Leistungspositionen oder zusätzliche Kosten berechnet werden. Dies gilt nicht für Legierungsmehrkosten. Gemäß der zahnmedizinischen Entwicklung sind die Grunddefinitionen von Zeit zu Zeit entsprechend fortzuschreiben.

Zu Absatz 5

Der Bundesminister für Gesundheit setzt die Grunddefinitionen fest, wenn die Selbstverwaltung nicht handelt. Die Rechtsverordnung soll ihre Geltung verlieren, sobald die Selbstverwaltung ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommt. Einer Außerkraftsetzung durch eine weitere Rechtsverordnung bedarf es nicht. Die Regelungsmaterie kann ebenso durch die Selbstverwaltung per Vereinbarung wie durch den Verordnungsgeber geregelt werden. Stehen förmliche Rechtsverordnung und Vereinbarungen der Selbstverwaltung als Regelungsinstrumente wahlweise nebeneinander, so ist es dem Verordnungsgeber mit dieser Vorschrift ermöglicht, von einer bereits getroffenen Regelung wieder Abstand zu nehmen und der Selbstverwaltung den Vortritt zu lassen. Die vorgesehene Subsidiarität der Rechtsverordnung berücksichtigt damit den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und stärkt die Handlungsmöglichkeit der Selbstverwaltung.

Zu Absatz 6

Die Regelung legt fest, daß die Festzuschüsse von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Basis der nach Absatz 4 ermittelten Grunddefinitionen und der jeweils geltenden Gebührenordnungen und Durchschnittspreise so festzulegen sind, daß sie 50 vom Hundert der Kosten der Regelleistungen betragen.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift entspricht weitgehend bisherigem Recht. Statt prozentualer Zuschüsse bei regelmäßiger Vorsorge zahlen die Krankenkassen erhöhte Festzuschüsse. Solange diese noch nicht festgesetzt sind, wird der Prozentsatz der Erstattung bei Regelleistungen entsprechend erhöht.

Zu Absatz 8

Die Regelleistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen werden im Rahmen der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht. Vor Beginn der Behandlung sollen die Regelleistungen von der Krankenkasse mit einem Heil- und Kostenplan genehmigt werden. Der Zahnarzt soll erst nach Genehmigung des Heil- und Kostenplanes mit der Behandlung beginnen. Die Krankenkassen können in den Fällen der Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterungen sowie bei der Eingliederung von Einzelkronen auf die vorherige Genehmigung verzichten. Dies gilt nicht, wenn eine derartige Leistung innerhalb von 24 Monaten nach Eingliederung vorgenommen werden soll. Für medizinisch zweifelhafte Fälle besteht nach wie vor die Möglichkeit, Gutachterverfahren vorzusehen. Dies gilt auch für Fälle, in denen Zahnarzt und Patient ausschließlich oder zusätzlich Wahlleistungen vereinbart haben, damit die Krankenkasse den Umfang ihrer Leistungspflicht ermitteln kann.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift regelt, daß der Zahnarzt auf dem Heil- und Kostenplan neben den Wahlleistungen einschließlich eines verbindlichen Kostenvoranschlages für Material- und Laborkosten auch die alternativen Regelleistungen einschließlich der Stütz- und Schutzkronen angeben muß. Nur dadurch ist die Krankenkasse in der Lage, die Voraussetzungen und den Umfang ihrer Leistungspflicht zu prüfen und den Zuschuß festzusetzen. Der Zahnarzt hat auf dem Heil- und Kostenplan auch den zugrunde gelegten Steigerungssatz der Gebührenordnung für Zahnärzte verbindlich anzugeben. Die schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient über Wahlleistungen muß dem vorgelegten Heil- und Kostenplan entsprechen. Werden Änderungen beabsichtigt, muß der Heil- und Kostenplan bei der Krankenkasse erneut zur Genehmigung vorgelegt werden.

Zu Absatz 10

Satz 1 stellt sicher, daß gewerbliche zahntechnische Labore bei der Rechnungslegung die richtige Berechnungsgrundlage zugrunde legen können. Um dem Versicherten einen umfassenden Kostenüberblick über die in Rechnung gestellten zahntechnischen Leistungen zu gewähren, hat der Zahnarzt dem Versicherten eine Durchschrift der Originalrechnung des zahntechnischen Labors zu geben, die sowohl die

Regel- als auch mögliche Wahlleistungen umfaßt. Dies gilt in gleicher Weise auch für zahnärztliche Praxislabore.

Zu Nummer 7 (§ 31)

Mit der Neuregelung wird die bisherige Unterscheidung zwischen zuzahlungsfreien Festbetragsmitteln und zuzahlungspflichtigen sonstigen Arznei- und Verbandmitteln aufgehoben und eine einheitliche Zuzahlungsregelung für alle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel eingeführt.

Zugleich wird die Höhe der Zuzahlung auf 10 vom Hundert festgesetzt. Der schon bisher geltende Mindestbetrag von 3 DM soll ebenso wie der Höchstbetrag von 10 DM im Jahr 1993 weiter gelten. Ab 1994 werden die Mindest- und Höchstbeträge dynamisiert. Die Anknüpfung an die Bezugsgröße stellt eine fortlaufende Anpassung an die jeweiligen wirtschaftlichen Verhältnisse sicher. Wegen der inzwischen praktisch gleich hohen Arzneimittelpreise gilt auch in den neuen Ländern die für das alte Bundesgebiet festgelegte Bezugsgröße. Die unterschiedlichen Rundungsvorschriften für den Zuzahlungsbetrag und für die Mindest- und Höchstwerte der Zuzahlung erleichtern die Handhabung der Neuregelung in der Praxis. Die Regelung stellt ferner klar, daß bei Inanspruchnahme von Mitteln, die teurer sind als der hierfür festgesetzte Festbetrag, zwar der über die Festbeträge hinausgehende Teil des Apothekenabgabepreises vom Versicherten zu tragen, aber von diesem Teil nicht auch noch eine Zuzahlung zu leisten ist. Bei Mitteln, die billiger sind als der Festbetrag, richtet sich die Höhe der Zuzahlung nach diesem niedrigeren Abgabepreis.

Zu Nummer 8 (§ 39)

Die Neuregelung geht davon aus, daß während eines stationären Krankenhausaufenthaltes Ersparnisse des Versicherten im häuslichen Bereich für Verpflegung (Frühstück, Mittagessen, Abendessen, einschließlich Zubereitung) eintreten. Der Betrag gleicht diese Ersparnis aus. Seine Höhe leitet sich aus der Verordnung über den Wert der Sachbezüge (Sachbezugsverordnung) ab. Die Sachbezugsverordnung wird üblicherweise bei der Bemessung von Beiträgen zur Sozialversicherung zugrunde gelegt, wenn der Versicherte ausschließlich oder neben seinem Arbeitsentgelt von seinem Arbeitgeber Sachbezüge erhält. Ihre Werte eignen sich daher als Bemessungsgrundlage für den Wert der häuslichen Ersparnis während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. Maßgeblich sind deshalb die Werte 1992 für freie Kost (Frühstück, Mittagessen, Abendessen). Um eine einheitliche Bemessungsgrundlage für Geldleistungen des Versicherten zu schaffen und wegen einer möglichen Änderung der Sachbezugsverordnung werden diese Werte auf die monatliche Bezugsgröße umgerechnet. Solange in den neuen Bundesländern eine geringere Bezugsgröße gilt, sind die von den Versicherten dort

zu zahlenden Ausgleichsbeträge entsprechend niedriger.

Für die Krankenversicherung in den alten Bundesländern ergibt sich voraussichtlich für 1993 ein täglich zu zahlender Betrag in Höhe von 11 DM, für die neuen Bundesländer von 8 DM. Da sich häusliche Ersparnisse der Versicherten für die gesamte Dauer der Krankenhausbehandlung ergeben, ist eine zeitliche Begrenzung der Ausgleichszahlungen nicht geboten.

Zu Nummer 9 (§ 40)

Parallelregelung zu § 23 Abs. 6 für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Für die Krankenkassen im Beitrittsgebiet wird eine Übergangsregelung geschaffen (vergleiche hierzu § 310 Abs. 1).

Zu Nummer 10 (§ 41 Abs. 3)

Häusliche Ersparnisse treten bei Müttergenesungskuren nur dann im vergleichbaren Umfang wie bei Krankenhausbehandlung auf, wenn die Krankenkasse die Kosten für diese Kur voll übernimmt. Deshalb ist es sachgerecht, die Ausgleichszahlungen auf diese Fälle zu beschränken.

Zu Nummer 11 (§ 60)

Zu Buchstabe a

Die für Fahrten ins Krankenhaus bestehende Fahrkostenregelung wird auf Fälle ausgedehnt, in denen statt einer an sich erforderlichen stationären Behandlung eine ambulante Behandlung gewählt wird. Dadurch werden Anreize geschaffen, Krankenhausbehandlung entweder kürzer in Anspruch zu nehmen oder sich statt dessen (auch im Krankenhaus) ambulant behandeln zu lassen. Durch die Dynamisierung des bisher auf 20 DM festgeschriebenen Eigenanteils der Versicherten wird infolge der Anknüpfung an die monatliche Bezugsgröße eine kontinuierliche Anpassung an die jeweiligen wirtschaftlichen Verhältnisse sichergestellt. Für die alten Bundesländer ergibt sich dadurch im Jahr 1993 voraussichtlich ein Wert von 22 DM je Fahrt. Die Verhältnisse in den neuen Bundesländern werden so lange gesondert berücksichtigt, wie § 18 Abs. 2 SGB IV eine besondere Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet vorsieht. Für das Jahr 1993 ergibt sich voraussichtlich ein Wert von etwa 16 DM je Fahrt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung, nach der für jeden gefahrenen Kilometer 0,31 DM anerkannt werden, entsprach bei ihrer Einführung durch das Gesundheits-Reformgesetz zum 1. Januar 1989 dem seinerzeit geltenden Höchstsatz für die Wegstreckenentschädigung gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Bundesreisekostengesetz (BRKG). Dieser

Höchstsatze wurde durch die Verordnung zur Änderung reisekostenrechtlicher Vorschriften des Bundesministers des Innern vom 29. November 1991 (BGBl. I S. 2154) mit Wirkung vom 1. Oktober 1991 im Hinblick auf die geänderten wirtschaftlichen Verhältnisse auf 0,38 DM erhöht. Künftige Anpassungen sollen nunmehr auch für die Kilometerpauschale der gesetzlichen Krankenversicherung gelten.

Zu Nummer 12 (§ 61)

Von den Versicherten sind keine Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zu leisten, wenn sie dadurch finanziell unzumutbar belastet würden. Die Befreiungsregelung in Absatz 1 Nr. 1 erstreckt sich künftig nur noch auf Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie — aus sozialpolitischen Gesichtspunkten — auf Vorsorgekuren für Mütter sowie auf Müttergenesungskuren. Für die Krankenhausbehandlung (§ 39) ist — wie im geltenden Recht — keine Härtefallregelung vorgesehen. Da auch bei der Inanspruchnahme stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen eine häusliche Ersparnis eintritt, ist eine Befreiung im Rahmen der Härtefallregelung ebenso wie bei Krankenhausbehandlung nicht mehr geboten.

Die Vorschrift stellt in Absatz 1 Nr. 2 klar, daß der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse mit den Regelleistungen erfüllt ist, so daß nur der vom Versicherten für die Regelleistungen zu tragende Teil bei der Härtefallregelung zu berücksichtigen ist. Wahlleistungen fallen nicht unter die Härtefallregelung.

Zu Nummer 13 (§ 62)

Die zum 1. Januar 1992 in Kraft getretene Regelung gilt grundsätzlich fort. Zu beachten ist, daß die berechnungsfähigen Kosten sich nur auf die Regelleistungen bei Zahnersatz im Sinne des § 30 Abs. 1 beziehen. Wahlleistungen dürfen auch bei der Überforderungsklausel nicht berücksichtigt werden.

Zu Nummer 14 (§ 73)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu § 28 Abs. 2 und § 30. Zur kassenärztlichen Versorgung gehört die zahnärztliche Behandlung nur im hier beschriebenen Umfang.

Zu Nummer 15 (§ 78)

Es handelt sich um eine Anpassung der Vorschrift an die geänderte Zuständigkeit innerhalb der Bundesregierung.

Zu Nummer 16 (§ 192)

Die Änderung stellt klar, daß die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger nicht nur, wie durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften vom 6. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2142) neu eingeführt, bei Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub, sondern wie bereits vor dieser Rechtsänderung auch während der Zeit des Bezugs von Erziehungsgeld fortgesetzt wird. Diese Klarstellung ist notwendig, da bei wörtlicher Auslegung die Fortsetzung der Mitgliedschaft lediglich für die Versicherungspflichtigen gilt, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und deshalb Anspruch auf Erziehungsurlaub haben. Dies ist nicht gewollt. Der Gesetzgeber des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften wollte die Nur-Erziehungsgeldbezieher von der Vergünstigung des § 192 nicht ausnehmen.

Zu Nummer 17 (§ 310)

Zu Buchstabe a

Wegen der unterschiedlichen Bezugsgröße-Ost ist eine Übergangsregelung nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe b

Das bisherige Recht gilt inhaltlich fort.

Zu Buchstabe c

Die Streichung des Absatzes 8 ist eine Folge der Neufassung des Absatzes 1. Die Zuzahlungsregelungen in den Absätzen 5 (Heilmittel), 6 (Orthopädische Schuhe) und 10 (Fahrtkosten) sind spätestens zum 30. Juni 1992 ausgelaufen und werden deshalb gestrichen.

Zu Buchstabe d

Für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln wird die höhere Härtefallgrenze des alten Bundesgebietes, die erst ab 1. Juli 1993 für die Krankenkassen-Ost gelten sollte, bereits zum 1. Januar 1993 wirksam, da auch die Änderung der Zuzahlung nach § 31 zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung stellt sicher, daß Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung bei krankenhaushähnlicher Behandlung oder Anschlußheilbehandlung wie bisher schon den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt werden, indem

sie wie vollstationär behandelte Krankenhauspatienten und Teilnehmer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung trägt, die während der stationären Heilbehandlungsmaßnahmen möglichen kalendertäglichen Einsparungen der häuslichen Verpflegungskosten (für Frühstück, Mittagessen und Abendessen) durch einen Betrag ausgleichen, der nach Höhe und Dauer den dynamisierten Ausgleichsbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Der wie in der Krankenversicherung zu bemessende Ausgleich beträgt 1993 in den alten Bundesländern voraussichtlich 11 DM. Im Beitrittsgebiet wird durch die Koppelung des Ausgleichs an die Bezugsgrößen Ost dem Umstand Rechnung getragen, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse dieses Gebietes noch nicht an das Westniveau angeglichen sind und daher von der Einsparung eines geringeren täglichen Verpflegungsbetrages in Höhe von voraussichtlich 8 DM auszugehen ist.

Zu Buchstabe b

Die Streichung des Absatzes 3 ist eine Folgeänderung zu § 61 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zu Artikel 3 (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die Regelung beseitigt eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Insbesondere freiwillig Versicherte und Studentinnen, die eine geringfügige nicht versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, erhalten nunmehr auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

Zu Artikel 4 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 6)

Durch diese Änderung wird die Änderung des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der Krankenversicherung der Landwirte nachvollzogen.

Zu Nummer 2 (§ 25)

Durch diese Änderung wird die Änderung des § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der Krankenversicherung der Landwirte nachvollzogen.

Zu Nummer 3 (§ 58)

Durch das Rentenreformgesetz 1992 ist das Selbstverwaltungsgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 1992 aufgehoben worden. Das Selbstverwaltungsrecht der

Versicherungsträger ist in §§ 29ff. Sozialgesetzbuch IV geregelt. Der Hinweis auf die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes ist deshalb ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 5 (Überleitungsvorschriften)

Zu § 1

Durch die Ausgrenzung der kieferorthopädischen Leistungen bei Erwachsenen werden die Ansprüche der Versicherten eingeschränkt. Soweit die Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen wurde, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsminderung für die Versicherten eintreten. Dies soll allerdings nur für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag schriftlich bewilligt hat, an dem das Bundeskabinett diesen Gesetzentwurf beschlossen hat. Von diesem Zeitpunkt an muß jeder Versicherte mit einer für ihn nachteiligen Rechtsänderung rechnen. In diesen Fällen werden deshalb die Kosten von der Krankenkasse über den 31. Dezember 1992 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher weiterhin übernommen. Wurde über die Leistung nach dem 12. August 1992 entschieden, richten sich die Ansprüche des Versicherten vom 1. Januar 1993 an nach neuem Recht.

Zu § 2

Durch die Neuregelung des § 30 SGB V (Regel- und Wahlleistungen beim Zahnersatz) werden die Ansprüche der Versicherten beschränkt. Soweit die Versorgung mit Zahnersatz bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen wurde, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsänderung für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag schriftlich bewilligt hat, an dem das Bundeskabinett diesen Gesetzentwurf beschlossen hat. In diesen Fällen werden deshalb die Kosten von der Krankenkasse über den 31. Dezember 1992 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher weiterhin übernommen. Wurde über die Leistung nach dem 12. August 1992 entschieden, richten sich die Ansprüche des Versicherten vom 1. Januar 1993 an nach neuem Recht, da die Versicherten ab dem Zeitpunkt der Entscheidung des Bundeskabinetts mit einer für sie nachteiligen Rechtsänderung rechnen müssen.

Zu § 3

Die Vorschrift stellt klar, daß Personen, die die Beitrittsvoraussetzungen nach altem Recht spätestens am 31. Dezember 1992 erfüllt haben, aber nach dem ab 1. Januar 1993 geltenden Recht nicht mehr beitreten können, auch dann noch nach altem Recht freiwillig beitreten können, wenn der Beitritt bei der Krankenkasse im neuen Jahr angezeigt wird.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)**Zu Absatz 2**

Die Rechtsänderungen in Artikel 1 Nr. 16 und in Artikel 4 Nr. 2 müssen rückwirkend zum 1. Januar 1992 in Kraft treten, da mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an durch Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundeserziehungsgeldgesetzes und anderer Vorschriften vom 6. Dezember 1991 die Fortsetzung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger allein an die Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub geknüpft worden war. Ohne die Rückwirkung wäre in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes das Fortbestehen der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Nur-Erziehungsgeldbezieher nicht gesichert.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die in diesem Entwurf vorgesehenen Regelungen sollen gemeinsam mit dem zeitgleich vorgelegten Gesundheits-Strukturgesetz zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die Beitragssatzstabilität soll durch beide Gesetzesvorhaben gewährleistet werden.

I. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1993

Durch die vorgesehenen Neuregelungen soll die gesetzliche Krankenversicherung ab 1993 gegenüber 1992 jährlich um ca. 3,2 Mrd. DM entlastet werden. Von diesen Entlastungen entfallen ca. 2,6 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den alten Bundesländern und ca. 0,6 Mrd. DM auf die gesetzliche Krankenversicherung in den neuen Bundesländern.

Die finanziellen Auswirkungen, die sich aus den einzelnen Maßnahmen für 1993 ergeben, verdeutlicht die folgende Übersicht:

Finanzielle Entlastungen für das Jahr 1993

— Ausgleichszahlung bei Krankenhausbehandlung	rd. 1,10 Mrd. DM
— Wahlleistungen Zahnersatz	rd. 0,65 Mrd. DM
— Ausschluß kieferorthopädischer Leistungen für Erwachsene	rd. 0,12 Mrd. DM
— Ausgleichszahlung bei stationären Kuren	rd. 0,05 Mrd. DM
— Arzneimittel-Zuzahlung	rd. 1,30 Mrd. DM
	<u>rd. 3,22 Mrd. DM</u>

II. Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren nach 1993

Die mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1993 wirksam werdenden Maßnahmen werden die gesetzliche Krankenversicherung auch in den folgen-

den Jahren in einer ähnlichen Größenordnung finanziell entlasten wie 1993. Für den Bereich der neuen Bundesländer dürfte das Entlastungsvolumen mit der Angleichung der wirtschaftlichen Verhältnisse ansteigen und sich mittelfristig schrittweise einem Wert nähern, der — entsprechend dem dortigen Versichertenanteil — bei ca. einem Viertel des Entlastungsvolumens in den alten Bundesländern liegen könnte.

III. Auswirkungen auf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bundesregierung erwartet, daß die vorgesehenen Regelungen gemeinsam mit den Maßnahmen des gleichzeitig vorgelegten Entwurfs eines Gesundheits-Strukturgesetzes dazu beitragen, daß der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern, der zum 1. Juli 1992 bei rd. 12,6 % liegt, bis Anfang 1993 noch geringfügig ansteigen und in den folgenden Jahren stabil bleiben wird. Für die neuen Bundesländer erwartet die Bundesregierung, daß der z. Z. erreichte Beitragssatz von rd. 12,7 % noch geringfügig gesenkt und in den Jahren ab 1993 stabil bleiben wird.

IV. Finanzielle Auswirkungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung**1. Bund**

Finanzielle Entlastungen durch dieses Gesetz wirken sich auf den Bund aus, da er die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte zu tragen hat, soweit diese Aufwendungen nicht durch Beiträge der Altenteiler gedeckt sind.

Der Bund wird demnach ab 1993 voraussichtlich in einer Größenordnung von ca. 25 Mio. DM entlastet.

2. Länder und Gemeinden

Finanzielle Auswirkungen auf die Haushalte der Länder und Gemeinden sind nicht zu erwarten.

3. Gesetzliche Rentenversicherung

Die Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verhindert einerseits höhere Beitragszahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenversicherung der Rentner. Andererseits werden erhöhte Belastungen der Rentnerhaushalte und als Folge niedrigere jährliche Rentenanpassungen vermieden.

D. Preiswirkungsklausel

Die als Folge des Gesetzes zu erwartende Beitragsatzstabilisierung verhindert Kostensteigerungen für Betriebe und private Haushalte. Die möglichen Preisveränderungen im Einzelfall lassen sich nicht im voraus quantifizieren; insgesamt dürften sich die Maßnahmen des Gesetzes jedoch dämpfend und langfristig stabilisierend auf das Preisniveau — insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau — auswirken.