

Beschlußempfehlung und Bericht **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)**

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksache 13/4615 –

Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen
Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG)

zu dem Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor,
Kerstin Müller (Köln), weiterer Abgeordneter
und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 13/4675 –

Das solidarische Gesundheitswesen für die Zukunft sichern

A. Problem

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Die Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland hat mit einer Zahl von mehr als vier Millionen ein Ausmaß erreicht, das gesellschafts- und sozialpolitisch inakzeptabel ist und zudem die wirtschaftlichen Fundamente unseres Sozialstaats gefährdet. Die Gefährdung des Wirtschaftsstandorts Deutschland ist insbesondere auf ein hohes Niveau von Steuern und Sozialversicherungsabgaben zurückzuführen. Die im Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung beschlossenen Maßnahmen im Bereich der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der Krankenversicherung setzen die Rahmenbedingungen für die Konsolidierung der Sozialversicherungshaushalte und die vorgesehene Reduzierung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags.

b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Der Deutsche Bundestag soll die Bundesregierung auffordern, ein langfristiges und solidarisches Finanzierungsfundament für die

gesetzliche Krankenversicherung aufzubauen, Wirtschaftlichkeitsreserven durch Einführung eines gemeinsamen Sicherstellungsauftrages für die ambulante und stationäre Versorgung zu erschließen, zur Stabilisierung der Beitragssätze die Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich nutzbar zu machen, von willkürlichen und dirigistischen Eingriffen in die Beitragssatzgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung abzusehen, die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, allen Versicherten ungeachtet ihrer Einkommenssituation einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens zu eröffnen, Maßnahmen der qualitätsorientierten Gesundheitsförderung sowie die Arbeit der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und freigemeinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung im Rahmen des gesetzlichen Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern, von einer Absenkung des Krankengeldes abzusehen, die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, die allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ungeachtet ihrer Einkommenssituation den Zugang zu Sehhilfen ermöglichen, von einer Ausgrenzung der Zuschüsse für Zahnprothetik aus dem Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung abzusehen und die Rahmenbedingungen für eine Förderung der zahnmedizinischen Prophylaxe zu schaffen.

B. Lösung

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen Maßnahmen sehen – ergänzend zu dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ und dem „Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997“ – folgende Regelungen vor:

- Reduzierung der Beitragssätze,
- Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus mit Hilfe der Pflegeversicherung,
- Erhöhung der Zuzahlung von Arzneimitteln,
- Wegfall des Kassenanteils für Brillenfassungen,
- Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz und Klarstellungen der Leistungspflicht bei Zahnbehandlung,
- Änderungen bei stationären Kuren,
- Absenkung des Krankengeldes um 10 v. H.,
- Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung.

Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1996 kurzfristig festzuschreiben und mit Wirkung vom 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte zu reduzieren und damit Arbeitnehmer und Betriebe gleichermaßen zu entlasten.

Durch die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge wird unter anderem geregelt, daß

- Ausnahmen von dem Verbot der Beitragssatzerhöhung ausschließlich für die Krankenkassen möglich sind, die eine Erhöhung ihrer Ausgleichsverpflichtung oder eine Verringerung ihres Ausgleichsanspruchs im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nur durch eine Beitragserhöhung ausgleichen können (Artikel 1 § 1 Abs. 3),
- die Bedingungen für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen konkretisiert werden (§ 20 SGB V) und
- der Spielraum der Krankenkassen in der Zusammenarbeit mit den Trägern der Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren klargestellt wird.

Mehrheitliche Zustimmung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Mehrheitliche Ablehnung des Antrages der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs und Zustimmung zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

D. Kosten

Das Beitragsentlastungsgesetz führt zu finanziellen Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung und dient der Stabilisierung und Senkung der Beiträge der Krankenkassen. Durch das Gesetz entstehen keine Mehrausgaben.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 13/4675 – abzulehnen und
- den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/4615 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Bonn, den 26. Juni 1996

Der Ausschuß für Gesundheit

Dr. Dieter Thomae
Vorsitzender

Dr. Martin Pfaff
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge
in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG)
– Drucksache 13/4615 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

Entwurf

—

**Entwurf eines Gesetzes
zur Entlastung der Beiträge
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Beitragsentlastungsgesetz)**

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

**Gesetz zur Beitragsentlastung
der gesetzlichen Krankenversicherung**

§ 1

Beitragsfestschreibung

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

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

§ 2

Beitragsverminderung

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

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

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

Beschlüsse des 14. Ausschusses

—

**Entwurf eines Gesetzes
zur Entlastung der Beiträge
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Beitragsentlastungsgesetz)**

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

**Gesetz zur Beitragsentlastung
der gesetzlichen Krankenversicherung**

§ 1

Beitragsfestschreibung

(1) unverändert

(2) unverändert

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

§ 2

unverändert

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 11 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	1. unverändert
a) Nummer 1 wird gestrichen.	
b) In Nummer 2 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „20“ ersetzt.	
2. In der Überschrift des Dritten Abschnitts werden die Wörter „zur Förderung der Gesundheit und“ gestrichen.	2. unverändert
3. § 20 wird wie folgt gefaßt:	3. § 20 wird wie folgt gefaßt:
„ § 20	„ § 20
<i>Schutzimpfungen</i>	Krankheitsverhütung
Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.“	(1) Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.
	(2) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.
	(3) Die Krankenkasse kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen.“
4. § 23 wird wie folgt geändert:	4. unverändert
a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Zahl „vier“ durch die Zahl „drei“, der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt: „es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“	
bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.	
b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 40 Abs. 5“ ersetzt.	

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

5. § 24 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

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

5. unverändert

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

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

6. unverändert

7. § 30 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

7. unverändert

8. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen vier Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen sechs Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen acht Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die

8. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen."

- b) In Absatz 4 wird Satz 1 gestrichen.
9. § 33 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
 „Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.“
- b) Absatz 4 Satz 1 wird gestrichen.
10. § 36 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.
11. § 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Zahl „11“ durch die Zahl „12“ ersetzt.
- b) Satz 3 wird gestrichen.
12. § 40 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Zahl „vier“ durch die Zahl „drei“ und der Punkt durch ein Komma ersetzt sowie folgender Satzteil angefügt: „es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“
- bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:
- „(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“
- c) Folgender Absatz wird angefügt:
- „(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

9. unverändert

10. unverändert

11. unverändert

12. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

bb) unverändert

b) unverändert

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, **es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.** Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

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

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

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

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

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

15. § 310 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt

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

Artikel 3**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

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

13. unverändert

14. unverändert

14a. Dem § 49 wird folgender Absatz angefügt:

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

15. unverändert

Artikel 3

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 4
Übergangsregelungen**Artikel 4**
unverändert

§ 1

Versorgung mit Zahnersatz

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

§ 2

Anpassung laufender Krankengeldzahlungen

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

Artikel 5
Inkrafttreten**Artikel 5**
unverändert

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

Bericht des Abgeordneten Dr. Martin Pfaff

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf und den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in seiner 108. Sitzung am 24. Mai 1996 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Sportausschuß, den Haushaltsausschuß, den Ausschuß für Wirtschaft, den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuß für Familien, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus zur Mitberatung überwiesen.

Der Sportausschuß empfahl in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 1996 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimme des Mitglieds der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der SPD bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe der PDS, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen. Weiter empfahl er einstimmig, in dem neu gefaßten Artikel 2 Nr. 3 (§ 20 SGB V) in Absatz 3 nach den Worten „Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen“ die Worte „sowie Sportorganisationen“ einzufügen.

Der Ausschuß für Wirtschaft empfahl in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 1996 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS, dem Gesetzentwurf in der Fassung der Änderungsanträge zuzustimmen. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. empfahl er gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung empfahl in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 1996 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Gruppe der PDS bei Abwesenheit der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Annahme des Gesetzentwurfs. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. empfahl er gegen die Stimme des Mitglieds der Gruppe der PDS bei Abwesenheit der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend teilte in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 1996 mit, daß er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD, BÜND-

NIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS beschlossen habe, die Zustimmung zu dem Gesetzentwurf unter Einbeziehung der Änderungsanträge zu empfehlen. Weiter empfahl er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sowie einiger Mitglieder der Fraktion der SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS bei Stimmenthaltung einiger Mitglieder der Fraktion der SPD, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus hat in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 1996 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS die Annahme des Gesetzentwurfs empfohlen. In der gleichen Stellungnahme empfahl er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. gegen die Stimmen des Mitglieds der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe der PDS, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuß für Gesundheit führte zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in seiner 60. Sitzung am 12. Juni 1996 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durch. Zu dieser Anhörung waren die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Köln, der Deutsche Gewerkschaftsbund, Düsseldorf, die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg, der Deutsche Beamtenbund, Bonn, der Zentralverband des Deutschen Handwerks, Bonn, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V., Düsseldorf, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Frankfurt/M., der Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V., Bonn, der Verband der Kriegs-, Wehrdienststopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschland e. V., Bonn, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen, Berlin, der Deutsche Sportbund, Frankfurt/M., der Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn, der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach, die Bundesknappschaft, Bochum, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel-Wilhelmshöhe, die Seekrankenkasse Rentenversicherung für Seeleute, Hamburg, der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf, der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bonn, der Deutsche Städtetag, Köln, der Deutsche

Städte- und Gemeindebund, Düsseldorf, der Deutsche Landkreistag, Bonn, die Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Stuttgart, die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg, der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Köln, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln, die Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V., Köln, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Bonn, die DAZ im NAV-Virchow-Bund, Köln, der Verein Demokratischer Zahnmedizin, Bonn, die Bundesärztekammer, Köln, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln, der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Frankfurt/M., der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen, Dreieich, der Zentralverband der Augenoptiker, Bundesinnungsverband, Düsseldorf, der Deutsche Bäderverband, Bonn, der Wirtschaftsverband deutscher Heilbäder und Kurorte e. V., Bonn, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherungen e. V., Essen, der Verband deutscher Badeärzte e. V., Bad Oeynhhausen, der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e. V., Bonn, das Deutsche Müttergenesungswerk, Nürnberg, als sachverständige Verbände und Prof. Dr. Borchert, Universität Wuppertal, Dr. Busse, Medizinische Hochschule Hannover, Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg, Prof. Dr. E. Knappe, Trier, Prof. Dr. Ingrid Ute Leonhäuser, Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen, Prof. Dr. Peter Oberender, Lehrstuhl für VWL-Wirtschaftstheorie, Bayreuth, Dr. Robert Paquet, Hannover, Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität München, Dr. Rolf Rosenbrock, Berlin, Prof. Dr. Michael J. Noack, Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde, Köln, Herr Fielmann, Hamburg, als Einzelsachverständige geladen. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und das Wortprotokoll wird Bezug genommen.

Der Ausschuß für Gesundheit hat den Gesetzentwurf in seiner 59. Sitzung am 12. Juni 1996 und seiner 61. Sitzung am 19. Juni 1996 beraten. Er schloß die Beratungen in seiner 62. Sitzung am 26. Juni 1996 ab und stimmte dem Gesetzentwurf in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS zu. Den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN lehnte er mit dem gleichen Stimmenverhältnis ab.

2. Zum Inhalt der Vorlagen

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen Maßnahmen sehen ergänzend zu dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ und dem „Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997“ folgende Regelungen vor:

1. *Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus mit Hilfe der Pflegeversicherung*

Mit dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung und der damit verbundenen solidarischen Finanzierung der stationären Pflege ab dem 1. Juli 1996 werden die Krankenhäuser schrittweise von den derzeitigen Fehlbelegungen mit Pflegefällen entlastet. Deshalb wird eine jeweils einprozentige Absenkung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 vorgesehen.

2. *Erhöhung der Zuzahlung zu Arzneimitteln*

Mit der Anhebung der mengenabhängigen Arzneimittelzuzahlungen von bisher 3 DM bis 7 DM auf 4 DM bis 8 DM wird eine angemessene Veränderung der seit 1993 nicht mehr angepaßten Zuzahlungsbeträge erreicht. Die bisherigen Härtefallregelungen gelten weiter und sorgen dafür, daß Kinder sowie Bezieher niedriger Einkünfte auch weiterhin von Zuzahlungen befreit und chronisch Kranke vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt bleiben. Es wird davon ausgegangen, daß die mit der Zuzahlungsanhebung verbundenen Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang bei der Vereinbarung von Arzneimittelbudgets angerechnet werden, um das vorgesehene Einsparpotential von jährlich 700 Mio. DM zu realisieren.

3. *Wegfall des Kassenanteils für Brillenfassungen*

Mit dem Wegfall des bisher gewährten Zuschusses zum Brillengestell in Höhe von 20 DM wird die Solidargemeinschaft wirksam entlastet, der einzelne Versicherte jedoch nicht in unzumutbarer Weise belastet. Für Brillengläser übernehmen die Krankenkassen auch weiterhin die Kosten in Höhe der festgelegten Festbeträge.

4. *Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz und Klarstellungen der Leistungspflicht bei Zahnbehandlung*

Der Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte der Geburtsjahrgänge 1979 und jünger trägt dem Tatbestand Rechnung, daß sich Zahnersatz durch regelmäßige Mundhygiene und die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen weitgehend vermeiden läßt. Seit 1989 finanzieren die Krankenkassen für Kinder und Jugendliche Gruppen- und Individualprophylaxe.

Die Klarstellung der Leistungspflicht bei Zahnbehandlung stellt sicher, daß Leistungen, die aus zahnmedizinischer Sicht nicht erforderlich und deshalb nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind, nicht – wie bisher zum Teil geschehen – auf Kosten der Krankenkassen erbracht oder bezuschußt werden.

5. *Änderungen bei stationären Kuren*

Die Ausgaben für Kuren in der gesetzlichen Krankenversicherung sind von 1992 bis 1995 von 3,4 Mrd. DM auf 5,1 Mrd. DM, das heißt um 50 v. H., gestiegen. Diese Ausgabenexplosion ist medizinisch nicht zu erklären. Der Gesetzentwurf sieht deshalb eine

Reihe von Maßnahmen – wie Anhebung der Zuzahlung und teilweise Anrechnung auf den Urlaub wie auch Verkürzung der Regeldauer und des Regelintervalls – vor, um stationäre Kuren auf das medizinisch Notwendige zu begrenzen und die für den Erfolg einer Kur unverzichtbare Mitwirkung der Versicherten sicherzustellen. Anschlußheilbehandlung und Mütterkuren werden von der Anhebung der Zuzahlung ausgenommen.

6. Absenkung des Krankengeldes um 10 Prozentpunkte

Mit der Absenkung des Krankengeldes von 80 auf 70 v. H. des regelmäßigen Bruttoentgelts erfolgt eine Angleichung an das Niveau der Lohnersatzleistungen anderer Sozialversicherungszweige. Das Volumen der Krankengeldausgaben ist von 13,3 Mrd. DM (1993) auf 18,4 Mrd. DM (1995), das heißt um circa 38 v. H., gestiegen, während der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im gleichen Zeitraum lediglich 3,1 v. H. betrug.

7. Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung sind von 1992 bis 1995 von circa 0,6 Mrd. DM auf 1,3 Mrd. DM gestiegen und haben sich so mehr als verdoppelt. Heute werden unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung häufig eine Vielzahl von Marketingaktivitäten aus solidarischen Pflichtbeiträgen finanziert, die primär der Werbung der jeweiligen Krankenkasse und weniger der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Die medizinisch bedeutsamen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht betroffen und bleiben in vollem Umfang erhalten.

Durch den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsantrag werden in diesem Zusammenhang die Bedingungen für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen konkretisiert.

8. Reduzierung der Beitragssätze

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen ausgabenbegrenzenden und ausgabenreduzierenden Maßnahmen ermöglichen gemeinsam mit der im Zusammenhang der Konsolidierung der Rentenfinanzen beabsichtigten Verpflichtung der Arbeitgeber, Sozialversicherungsbeiträge bei Lohnzahlungen künftig innerhalb von zehn Tagen zu entrichten, ein Einsparpotential in einer Größenordnung von circa 0,4 Beitragssatzpunkten. Um diesen Anteil werden die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen zum 1. Januar 1997 abgesenkt.

Durch den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsantrag wird sichergestellt, daß Ausnahmen von dem Verbot der Beitragssatzerhöhung ausschließlich für die Krankenkassen möglich sind, die eine Erhöhung ihrer Ausgleichsverpflichtung oder eine Verringerung ihres Ausgleichsanspruchs im Rahmen des Risikostruktur-

ausgleichs nur durch eine Erhöhung der Beitragssätze ausgleichen können.

b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

In die gesetzliche Krankenversicherung sollen neue Personenkreise einbezogen werden. Es sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, Beamte und Beamtinnen in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Geringfügig Beschäftigte sollen ab einer Bagatellegrenze in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Niveau der gesetzlichen Arbeitslosen- und Rentenversicherung anzugleichen.

Durch eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors und eine Weiterentwicklung der Krankenhäuser in moderne regionale Gesundheitszentren wird die Zukunft dieses Bereichs der gesundheitlichen Versorgung langfristig gesichert. Eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für teilstationäre und ambulante spezialärztliche Behandlungen ist ein erster Schritt auf diesem Weg.

Bei der gesundheitlichen Versorgung mit Arzneimitteln ist die Einführung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel – Positivliste – zwingend geboten. Die Positivliste ist zur Stärkung der Arzneimittelsicherheit, zur Verbesserung der Transparenz und zur Sicherung der Strukturqualität des Arzneimittelangebots unerlässlich. Die bestehende Festbetragsregelung für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen ist beizubehalten. Ebenso muß die Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch Apotheker weiterhin garantiert werden.

Die geplante kurzfristige Festschreibung der Beitragssätze für das Jahr 1996 sowie die Reduzierung um 0,4 Beitragssätze für 1997 sind willkürliche und aktionistische Maßnahmen. Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 mußten von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Reformanstrengungen unternommen werden. Dabei handelt es sich um einen Prozeß der mittel- und langfristigen Neustrukturierung und Konsolidierung. Mitten in diesen Prozeß hinein soll in einem laufenden Geschäftsjahr die Geschäftsgrundlage verändert werden. So wird der Reformprozeß nicht unterstützt sondern zurückgeworfen.

Die im Beitragsentlastungsgesetz vorgesehene erhebliche Ausweitung der Zuzahlungen insbesondere zu den Arzneimitteln und bei stationären Krankenhausaufenthalten unterlaufen das Ziel, einen gleichberechtigten Zugang aller Versicherten zu den Leistungen zu eröffnen. Die bestehenden Sozial- und Überforderungsklauseln sind unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten als unzureichend zu bezeichnen. Zudem ist erwiesen, daß Zuzahlungen keine Steuerungswirkung bei der Leistungsanspruchnahme entfalten. Speziell für Menschen mit chronischen Krankheiten und mit Behinderungen wirken sich Zuzahlungen strukturell wie ein zweiter Versicherungsbeitrag aus.

Die vorgesehene Herausnahme der gesundheitsfördernden Maßnahmen aus dem gesetzlichen Pflicht-

leistungskatalog birgt die Gefahr, eine Dynamik in Gang zu setzen, die beträchtliche soziale Folgekosten für die Solidargemeinschaft nach sich ziehen wird. Dies gilt vor allem dann, wenn bei gesundheitsfördernden Maßnahmen ein Ausstieg aus der paritätischen Beitragsfinanzierung vorgenommen wird, und diese Leistungen perspektivisch mit zusätzlichen Beiträgen individuell bezahlt werden müssen. Dann werden viele Bürgerinnen und Bürger die Prävention aus Kostengründen vernachlässigen.

Durch die Absenkung des Krankengeldes wird die Existenzgrundlage von kranken Menschen und ihren Familien nachhaltig gefährdet. Gerade bei Menschen mit niedrigen Einkommen ist eine Kürzung dieser Lohnersatzleistung um 10 Prozentpunkte eine große soziale Härte. Dies ist auch deswegen besonders kritikwürdig, da der Bezug von Krankengeld häufig auf Arbeitsunfälle beziehungsweise auf arbeitsbedingte Erkrankungen zurückzuführen ist. Die Kürzung des Krankengeldes wirkt sich schließlich auch nachteilig auf die Alterssicherung aus, da deutlich geminderte Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet werden.

Es muß gewährleistet werden, daß auch Versicherte mit geringen Einkommen durch die gesetzliche Krankenversicherung eine Brille erhalten können. Der Vorschlag, künftig nicht einmal mehr sogenannte Kassengestelle durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren, unterläuft dieses Ziel. Es ist zu prüfen, inwieweit durch Einführung eines gesetzlichen Festpreises für Kassengestelle von zum Beispiel 20 DM Einsparungen unter der Voraussetzung erreicht werden können, daß teurere Brillengestelle überhaupt nicht mehr bezuschußt werden.

Die vorgesehene Ausgrenzung der Zuschüsse zum Zahnersatz aus dem Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung diskriminiert ab einem Stichtag schlagartig eine ganze Generation. Dieser Ausstieg aus dem Generationenvertrag ist abzulehnen. Perspektivisch wird die Zahnprothetik vollständig aus dem Pflichtleistungskatalog verschwinden. Für wirtschaftlich schwache Personen ist dies eine unzumutbare soziale Härte.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. hoben hervor, bei dem Beitragsentlastungsgesetz handele es sich um eine einmalige Sofortmaßnahme zur Reduzierung der Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte, das Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und das Krankenhausneuordnungsgesetz seien dagegen Strukturgesetze, die ihre Wirkung mittelfristig entfalten. Jetzt seien aber vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Entwicklung Sofortmaßnahmen angezeigt.

Sie stellten klar, daß Eingriffe in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen würden. Der Gesetzgeber sei befugt, diese Eingriffe vorzunehmen. Im Rahmen des „Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung“ werde mit dem Gesetzentwurf ein Beitrag zur Kostenentlastung und Senkung der Lohnnebenkosten geleistet.

Die Diskussion um die Neuformulierung des § 20 SGB V nahm in der Beratung des Ausschusses einen breiten Raum ein. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. unterstrichen, daß es das Ziel sei, die unter der Überschrift der Gesundheitsförderung erfolgten Leistungsausweitungen, die medizinisch nicht notwendig und generell auch nicht sinnvoll sind, zu unterbinden. Im Laufe der Beratung habe sich aber gezeigt, daß die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene vollständige Streichung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung offensichtlich über das angestrebte Ziel hinausgingen.

Sie brachten deshalb einen entsprechenden Änderungsantrag ein, mit dem die Bedingungen der Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen gegenüber dem geltenden Recht konkretisiert werden. Die Selbsthilfegruppen könnten künftig unter klar abgegrenzten Krankheitsbildern gefördert werden. Diese Konkretisierung stelle eine Verbesserung gegenüber dem geltenden Recht dar. In der Anhörung habe sich herausgestellt, daß die Selbsthilfegruppen zur Zeit mit etwa 10 Mio. DM insgesamt von der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert würden. Mit der Formulierung, daß die Selbstverwaltung einheitlich und gemeinsam die Krankheitsbilder festzulegen habe, sei ein deutlicher Fortschritt erzielt worden, da dieser Bereich dadurch dem Wettbewerb der Kassen untereinander entzogen sei.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. stellten klar, daß in diesem medizinischen Rahmen auch eine Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit Sportvereinen in Betracht kommen könne. Wo sich die Selbsthilfegruppen organisieren, bleibt ihnen überlassen. Eine direkte Förderung von Sportvereinen durch die Krankenkasse kommt jedoch nicht in Betracht. Sie stellten ebenfalls klar, daß dies nicht dazu führen dürfe, daß die Länder und Kommunen, die nach der Verfassung den Auftrag zur Gesundheitsförderung haben, mit dem Hinweis auf ihre leeren Kassen und die verstärkte Förderung durch die Krankenkassen ihre eigenen Förderungsmaßnahmen einschränkten oder gänzlich einstellten. Die Förderung durch die Kassen ergänze die Förderung durch die Kommunen und Länder, sie ersetze sie aber nicht.

Sie betonten, daß die weitere Änderung des § 20 SGB V das Ziel habe, daß künftig die Krankenkassen bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit den Trägern der Unfallversicherung zusammenzuarbeiten haben. Dies bedeute jedoch kein finanzielles Engagement der gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich, die Finanzierung werde von den Trägern der Unfallversicherung und den Arbeitgebern übernommen.

Zu der Frage der Erhöhung der Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln um 1 DM führten sie aus, daß durch die Härtefall- und Überforderungsklausel den Belangen sowohl der chronisch Kranken wie auch der Menschen mit niedrigem Einkommen Rechnung getragen werde. Gut 20 Millionen Menschen seien in Deutschland von der geltenden und der zukünftigen Selbstbeteiligung befreit. Die Selbstbeteiligung sei die Voraussetzung dafür, daß die Versorgung mit Me-

dikamenten auf einem hohen Niveau für jedermann aufrecht erhalten werden könne.

Sie wiesen darauf hin, daß die Ausgaben für Kuren in den letzten vier Jahren um über 50 v. H. angestiegen seien, ohne daß eine medizinische Notwendigkeit dieser erheblichen Ausweitung zu erkennen sei. Diese Entwicklung sei trotz einer Budgetierung dieses Sektors eingetreten, eigentlich hätten die Ausgaben nur in dem Maße der Grundlohnsteigerung stattfinden können. Deshalb sei es notwendig, die Selbstbeteiligung bei den Kuren zu erhöhen und eine Anrechnung auf den Urlaub vorzusehen. Sie stellten klar, daß von dieser Erhöhung der Selbstbeteiligung die Mütterkuren und alle Anschlußheilbehandlungen, die zur Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt notwendig seien, ausgenommen seien. Auch dadurch werde der sozialen Dimension Rechnung getragen.

Sie stellten fest, daß in keinem Bereich des Gesundheitswesens dem Zusammenhang zwischen Prophylaxe und Vermeidung von Reparaturen durch Eigenverantwortung der Menschen so gut Rechnung getragen werden könne wie im Bereich der Zahnheilkunde. Seit 1989 seien mit dem Gesundheitsreformgesetz die Prophylaxemaßnahmen massiv verstärkt worden und seit 1993 die Versiegelung der Backenzähne bei Kindern und Jugendlichen eingeführt worden. Die Zahngesundheit habe sich in den letzten zehn Jahren sehr positiv entwickelt, weil die Prophylaxe verstärkt worden sei. Sie hoben hervor, daß es sich bei den vorgesehenen Maßnahmen um eine generelle Umsteuerung handele. Wer regelmäßig den Zahnarzt besuche und ausreichende Mundhygiene und Prophylaxe betreibe, der brauche nach menschlichem Ermessen keinen Zahnersatz. Insofern sei die Streichung der Versorgung mit Zahnersatz für diejenigen Versicherten, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, die logische Konsequenz.

Die Kürzung des Krankengeldes stehe im Zusammenhang mit den Maßnahmen in anderen Bereichen der sozialen Sicherung. Es gelte der Grundsatz, daß jemand, der arbeite, mehr bekommen solle, als jemand, der nicht arbeite. Das gelte für die Sozialhilfe genauso wie für die anderen Systeme der sozialen Sicherung. Sie wiesen darauf hin, daß die Ausgaben für Krankengeld in den letzten zwei Jahren um 26 v. H. gestiegen seien. Diese Steigerung sei nicht medizinisch indiziert, sondern vor allem darauf zurückzuführen, daß aufgrund der Bezugsdauer des Krankengeldes von 78 Wochen auch das Krankengeld wie auch andere Sozialleistungen bei dem Übergang in den Vorruhestand immer stärker als Brücke benutzt werde.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD waren ebenfalls der Auffassung, daß es im Gesundheitssystem erhebliche Rationalisierungsreserven gebe, die es zu mobilisieren gelte. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wie auch mit den schon verabschiedeten anderen Gesetzentwürfen der Koalition würden aber die systemimmanenten strukturellen Schwächen des Gesundheitssystems nicht angetastet. Sie verfolgten vielmehr das Ziel, den sozialen Charakter der Krankenversicherung auszuhöhlen. Der Umfang der Ge-

sundheitssicherung solle offenkundig zukünftig in der Abhängigkeit von Wirtschaft und Konjunktur ausgestaltet werden. Der gesellschaftliche Konsens über Rang und Aufgabe des Sozialstaates sei zerbrochen.

Sie wiesen die mit der sogenannten Standortdebatte verbundenen Argumente für eine Senkung der Lohnnebenkosten zurück. Bei der Diskussion um die Lohnnebenkosten werde bewußt unterschlagen, daß die eigentliche Meßgröße für die internationale Wettbewerbsfähigkeit die Lohnstückkosten seien, diese seien aber in den letzten Jahrzehnten in der Bundesrepublik Deutschland weit weniger gestiegen als in den meisten Industrienationen. Ein wesentlicher Grund der finanziellen Probleme des sozialen Sicherungssystems sei die Tatsache, daß die vereinigungsbedingten Folgekosten im wesentlichen diesem Sicherungssystem aufgebürdet würden, was verteilungspolitisch äußerst bedenklich sei, da ganze Gruppen der Bevölkerung davon verschont würden, diese Last mitzutragen.

Nicht der Sozialstaat provoziere die Massenarbeitslosigkeit, sondern die Massenarbeitslosigkeit zerstöre auf Dauer den Sozialstaat und seine Systeme. Die angebliche Überlastung der Volkswirtschaft durch die Kosten der Sozialleistungen lasse sich nicht aufrecht erhalten, die Sozialleistungsquote sei in Westdeutschland seit zwei Jahrzehnten weitgehend konstant geblieben. Läge die Zahl der Arbeitslosen nicht auf dem heutigen Niveau sondern auf dem des Jahres 1992, dann läge die Sozialleistungsquote heute deutlich unter 30 v. H.

Das Beitragsentlastungsgesetz trage seinen Namen zu Unrecht, in Wirklichkeit handele es sich um ein Krankenbelastungsgesetz. Der ehemals parteiübergreifende Konsens, das System des Gesundheitswesens an dem Prinzip der Selbstverwaltung auszurichten, existiere nicht mehr. Erstmals werde beabsichtigt, den Krankenversicherungsbeitrag nicht mehr durch die Selbstverwaltung zu fixieren, sondern durch eine Entscheidung des Gesetzgebers. Dies sei ein grundsätzlicher Bruch mit dem Prinzip der Selbstverwaltung, der für die Mitglieder der Fraktion der SPD nicht akzeptabel sei.

Wenn man die Beitragssätze gesetzlich fixieren wolle, dann solle man offen sagen, daß man sich von dem Prinzip der Selbstverwaltung abwende. Gesetzliche Beitragsfixierung und Selbstverwaltung seien miteinander unvereinbar. Angesichts der tatsächlichen finanziellen Entwicklung bei den Krankenkassen, die in der Mehrzahl aus Gründen des Wettbewerbs notwendige Beitragssatzerhöhungen zurückgestellt hätten, werde es durch die gesetzliche Beitragsatzfixierung zu erheblichen Defiziten in Milliardenhöhe kommen.

Sie kritisierten, daß bei der Streichung der Versorgung mit Zahnersatz den Jugendlichen verschwiegen werde, daß im Laufe ihres Versichertenlebens auf sie erhebliche Mehrkosten zukämen, die sie dann selbst zu tragen hätten. Gleichwohl müßten sie dafür Beiträge zahlen, damit die älteren Versicherten in den Genuß der Versorgung mit Zahnersatz kommen könnten. Sie sahen in dieser Maßnahme eine Sonder-

leistung für die Zahnärzte, die künftig für Leistungen des Zahnersatzes zu den weit höheren Privathonorarsätzen abrechnen könnten.

Sie stellten fest, daß die Gesundheitsförderung ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitspolitik sei. Auch vor dem Hintergrund mancher Maßnahmen einzelner Krankenkassen, die aus Gründen des Wettbewerbs den Versicherten angeboten würden, deren gesundheitsfördernder Sinn aber zweifelhaft sei, sei es keineswegs gerechtfertigt, § 20 SGB V gänzlich zu streichen und die Gesundheitsförderung zu einer Gestaltungsleistung zu machen, die aus der hälftigen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer herausgenommen werde. Die Gesundheitsförderung sei ein integraler Bestandteil des Gesundheitswesens. Sie räumten zwar ein, daß es sich bei dem eingebrachten Änderungsantrag zu § 20 SGB V um einen Schritt in die richtige Richtung handele, gleichwohl lehnten sie ihn ab, weil auch die neue Formulierung eine bedeutende Verschlechterung gegenüber dem geltenden Recht darstelle.

Sie unterstrichen erneut den unsozialen Charakter jeglicher Selbstbehalte und Zuzahlungen. Diese belasteten vor allem chronisch kranke Menschen. Das Vorhaben, die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln und Kuren zu dynamisieren, wiesen sie mit Nachdruck zurück. Gerade bei den Kuren war die vorgeschlagene Anrechnung auf den Urlaub Gegenstand heftiger Kritik. Dies werde dazu führen, daß das Kurwesen in seinem Grundgehalt gefährdet werde, wodurch eine Vielzahl von Arbeitsplätzen in diesem Bereich vernichtet würden.

In der vorgeschlagenen Absenkung des Krankengeldes sahen sie eine massive und nicht zu akzeptierende Belastung von schwerkranken Langzeitpatienten. Die pflegenden Angehörigen würden dadurch nicht nur mit der Sorge um den Kranken belastet, sie müßten darüber hinaus auch noch empfindliche finanzielle Einbußen hinnehmen; bei dem Empfänger eines durchschnittlichen Nettoeinkommens würde dies ein monatliches Krankengeld in Höhe von 2 000 DM bedeuten. Es liege auf der Hand, daß dies nicht ausreichend sei. Auch daran zeige sich der unsoziale Charakter der gesamten vorgeschlagenen Maßnahmen.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kritisierten die grundsätzliche Richtung des Gesetzentwurfs. Sie sahen darin eine Aufkündigung der emanzipatorischen Gesundheitspolitik, die zu einer Individualisierung der Krankheitsrisiken führe. Das Prinzip der ungeteilten Sachleistungen werde verletzt, was eine grundsätzliche Richtungsänderung der Gesundheitspolitik bedeute.

Sie wiesen die Behauptung, daß es im Gesundheitswesen zu einer Kostenexplosion gekommen sei, zurück. Bei erheblichen Leistungssteigerungen lägen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung seit 20 Jahren konstant bei 6 v. H. des Bruttosozialprodukts. Vor allem die geringe und abnehmende Lohnquote stelle das größte Finanzierungsrisiko der Krankenversicherung dar. Weil die Lohnquote durch die steigende Massenarbeitslosigkeit sinke, sei es zu

einer Beitragsimplosion gekommen, was zu steigenden Beitragssätzen führe.

Sie hielten es aus Gerechtigkeitsgründen für geboten – wie auch in ihrem Antrag gefordert –, eine egalitäre Versicherungspflicht herzustellen. Würden die Beitragsbemessungsgrenze und die Pflichtversicherungsgrenze dem Gleichstellungsgrundsatz folgend der Rentenversicherung angeglichen, könnten die Beitragssätze sofort um 0,67 Prozentpunkte gesenkt werden. Sie kritisierten heftig, daß es nach wie vor einer finanziell leistungsfähigen Schicht gestattet sei, sich über die private Krankenversicherung der Solidarpflicht zu entziehen.

Das Mitglied der Gruppe der PDS schloß sich im wesentlichen den Ausführungen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an. Sie hob hervor, mit dem Gesetz solle die verhängnisvolle Gesamtstrategie der Regierung mit aller Härte auf das Gesundheitswesen übertragen werden. Auch hier seien es allein die sozial Schwächeren und insgesamt die Lohnabhängigen, die im wahrsten Sinne des Wortes am eigenen Leibe die Folgen dieser verfehlten Politik erfahren sollten.

B. Besonderer Teil

Soweit die einzelnen Bestimmungen unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuß vorgenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 § 1 Abs. 3

Die Vorschrift regelt Ausnahmen vom Verbot der Beitragserhöhung ab dem 10. Mai 1996. Sie trägt den vom Gesetzgeber gewollten finanziellen Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs Rechnung. Die Regelung erlaubt Beitragserhöhungen ausschließlich für Krankenkassen, die eine Erhöhung ihrer Ausgleichsverpflichtung oder Verringerung ihres Ausgleichsanspruchs im monatlichen Ausgleich oder im Jahresausgleich nur durch eine Beitragserhöhung ausgleichen können. Die Beitragserhöhung ist in diesem Falle nur in dem Maße zulässig, als sie zur Deckung des ausgleichsbedingt veränderten Finanzbedarfs erforderlich ist.

Zu Artikel 2 Nr. 3

(§ 20 Abs. 1)

Die Formulierung lehnt sich an die bisherige Regelung in § 20 Abs. 2 SGB V an, engt aber den Spielraum der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ein. Aus der bisherigen Zusammenarbeit von Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern ergibt sich, daß der Austausch von Informationen und Erkenntnissen sowie die Verknüpfung der jeweils vorhandenen Datenbestände zu besseren Erkenntnissen über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen beitragen. Auf dieser Basis können von den Unfallversicherungsträ-

gern und den Arbeitgebern gezielt Präventionsmaßnahmen ergriffen und dadurch die Kostenbelastungen für die Sozialversicherungssysteme gesenkt werden.

Die Regelung korrespondiert mit der Vorschrift in Artikel 1 § 14 Abs. 2 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, die die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen verpflichtet.

(§ 20 Abs. 2)

Die Formulierung entspricht Artikel 2 Nr. 3 (§ 20) des Gesetzentwurfs.

(§ 20 Abs. 3)

Die Änderung konkretisiert die Bedingungen für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen gegenüber dem bisherigen Recht. Das Verzeichnis, das die Voraussetzungen für die Förderung beschreibt, hat sich an medizinischen Kriterien zu orientieren, zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen, Krebs, Suchtkrankheiten, neurologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Zu Artikel 2 Nr. 12

(§ 40 Abs. 3)

Redaktionelle Änderung.

(§ 40 Abs. 6)

Die für die Anschlußheilbehandlung vorgesehene und gegenüber anderen stationären Rehabilitationsmaßnahmen abgesenkte und befristete Zuzahlung soll in Ausnahmefällen auch dann Anwendung finden, wenn eine unmittelbare Durchführung der Anschlußrehabilitation nicht möglich ist. Dies könnte zum Beispiel der Fall sein, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen nicht sofort durchgeführt werden kann oder in einer dafür erforderlichen Rehabilitationseinrichtung innerhalb der 14-Tage-Frist kein Platz zur Verfügung steht.

Zu Artikel 2 Nr. 14 a

Die Regelung stellt sicher, daß gesetzliche Verminderungen von Entgelt- und Entgeltersatzleistungen im gesetzlich vorgesehenen Umfang stattfinden und nicht ganz oder teilweise zu Lasten der Krankenversicherung ausgeglichen werden.

Bonn, den 26. Juni 1996

Dr. Martin Pfaff

Berichterstatter

