

**Gesetzentwurf**  
der Bundesregierung

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

**A. Zielsetzung**

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

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

Durch die angestrebte Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung soll eine Verringerung der verfügbaren Einkommen der Versicherten und ein Anstieg der Kostenbelastung der Unternehmen und der öffentlichen Hand vermieden werden. Damit wird auch ein in der derzeitigen gesamtwirtschaftlichen Situation notwendiger Beitrag zur Stabilisierung der konjunkturellen Entwicklung geleistet. Zugleich werden die zur Begrenzung der Ausgaben des Bundes und zur Konsolidierung der Finanzlage anderer Bereiche der Sozialversicherung getroffenen Maßnahmen flankierend unterstützt.

**B. Lösungen**

- a) Das Defizit der Krankenversicherung für 1981 und 1982 wird durch gezielte Ausgabenkürzungen und eine stärkere Beschränkung der Leistung auf das medizinisch Erforderliche, insbesondere bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und mit Zahnersatz sowie im Bereich der Kuren, reduziert.

- b) Die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen wird durch Regelungen zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen, insbesondere bei der Versorgung mit Zahnersatz und Heilmitteln, stärker an der Entwicklung der Einnahmen ausgerichtet.
- c) Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wird durch Änderungen in der Leistungsstruktur, insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung und der Krankenhauspflege sowie durch Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Zahnersatz, verbessert.
- d) Der Preiswettbewerb in Teilbereichen der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere bei zahntechnischen Leistungen und bei Heil- und Hilfsmitteln, wird verstärkt.

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

#### C. Alternativen

keine

#### D. Kosten

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

04. 09. 81

AS - Fz - G

## Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland  
Der Bundeskanzler  
14 (43) - 811 00 - Kr 77/81

Bonn, den 4. September 1981

An den Herrn  
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Schmidt

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

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel I**

**Änderung der Reichsversicherungsordnung**

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

**1. § 176 c erhält folgende Fassung:**

**„§ 176 c**

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

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

**a) Buchstabe b erhält folgende Fassung:**

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

**b) Buchstabe d erhält folgende Fassung:**

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

**c) Folgender Buchstabe g wird angefügt:**

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

**3. § 182 a erhält folgende Fassung:**

**„§ 182 a**

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen sowie bei der Instandsetzung von Brillen und Heilmitteln hat der Versicherte, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, als Verordnungsblattgebühr zwanzig vom Hundert

der Kosten, höchstens jedoch vier Deutsche Mark je Verordnungsblatt, das nicht mehr als drei Verordnungen enthalten darf, an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien, wenn der Versicherte unzumutbar belastet würde.“

**4. § 182 b wird wie folgt geändert:**

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

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

**b) Folgender Satz 3 wird angefügt:**

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

**5. § 182 c erhält folgende Fassung:**

**„§ 182 c**

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

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

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

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

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

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

„§ 182 f

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

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

§ 182 g

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

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

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

8. § 187 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.  
b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

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

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

„§ 187 a

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

durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgegeben haben.“

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

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

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

12. § 205 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Absatz 3 a wird gestrichen.

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

- a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:  
„Die kassenärztliche Versorgung umfaßt Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Entbindungsanstalt durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.“

- b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

14. § 368 f wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 sind nach dem Wort „jährlich“ die Worte „für den Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni des folgenden Jahres“ einzufügen.

bb) Folgender Satz 3 wird angefügt:

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

16. § 368 o wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft bilden

einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „sechs“ durch das Wort „sieben“ und das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesverbände“ jeweils durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbände“ ersetzt und nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt.

cc) In Satz 3 wird das Wort „Bundesverbänden“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbänden“ ersetzt.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Bundesverbänden“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbänden“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt und das Wort „Bundesverbände“ durch die Worte „in Absatz 1 Satz 2 genannten Verbände“ ersetzt.

- d) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt.

- e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ und die Worte „ein Vertreter der knappschaftlichen Krankenversicherung und“ gestrichen.

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

17. § 368 p wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Absatz 8 wird gestrichen.

- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

15. § 368 g wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

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

- b) Absatz 5 wird gestrichen.

- c) Absatz 5 a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:  
„Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie durch den Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung.“

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Vereinigungen“ die Worte „auf der Grundlage des einheitlichen Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen“ eingefügt.

- cc) Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Die Vereinbarungen haben Höchstpreise vorzusehen und die Empfehlungen der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen; die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich.“

18. In § 376 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

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

„§ 376 c

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

§ 376 d

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

(2) Die Krankenkassen oder die bevollmächtigten Verbände haben bei den Vereinbarungen nach Absatz 1 die Empfehlungen der konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Bei im Handel befindlichen Hilfsmitteln dürfen die Krankenkassen und die bevollmächtigten Verbände die marktüblichen Preise unter Berücksichtigung üblicher Vorteile, insbesondere von Mengen- und Wertrabatten, Skonti- und besonderen Lieferungsbedingungen, nicht überschreiten. Vereinbarte Preise sind Höchstpreise. Die Bestimmungen über die Preise bei öffentlichen Aufträgen finden auf die Vereinbarungen keine Anwendung.

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

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

21. § 525 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Es wird folgender Satz 3 angefügt: „Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

#### Artikel 2

##### Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

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

1. In § 204 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ferner gelten §§ 376c und 376d der Reichsversicherungsordnung. Die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr.“

2. § 204a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

gelten §§ 368 s und 369 der Reichsversicherungsordnung.“

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

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Absatz 3 wird Absatz 2.

#### Artikel 3

##### Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

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

1. In § 11 wird folgender Absatz 2 angefügt:

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

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

„§ 11a

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

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

a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

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

b) Nummer 4 erhält folgende Fassung:

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

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

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

4. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14

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

5. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Folgender Satz 3 wird angefügt:

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

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

„§ 16 a

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister für Jugend, Familie und

sundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen; hierbei können Anwendungsgebiete bezeichnet werden. Ferner ist zu bestimmen, bei welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für die in Satz 1 genannten Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Ebenso ist eine Regelung über Härtefälle vorzusehen.

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

## § 16 b

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

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

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

8. In § 21 wird folgender Satz angefügt:

„§ 11 Abs. 2 gilt entsprechend.“

9. § 21 b Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

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

10. In § 26 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „zehn Tage“ durch die Worte „sechs Tage“ ersetzt.

11. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

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

Beamten- oder Soldatenversorgung bezieht, es sei denn, daß er dem Kinde dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist.“

- b) Absatz 3 wird gestrichen.

12. In § 36 Satz 5 werden die Worte „der Haushalts-hilfe“ gestrichen.

13. § 76 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die §§ 376 c und 376 d der Reichsversicherungsordnung gelten.“

## Artikel 4

## Änderung des Mutterschutzgesetzes

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

1. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Worte angefügt:

„höchstens jedoch insgesamt vierhundert Deutsche Mark.“

- b) In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichen.

- c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

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

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

- a) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Frauen, die Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 200 Reichsversicherungsordnung, § 27

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

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

## Artikel 5

## Übergangsvorschriften

Das einheitliche Verzeichnis für zahntechnische Leistungen nach § 368 g Abs. 4 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung ist bis zum 1. Juli 1982 zu erstellen. Solange das Leistungsverzeichnis nach § 368 g Abs. 4 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung nicht vorliegt, ist der Zuschuß für zahntechnische Leistungen nach der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes maßgebenden Berechnungsgrundlage festzusetzen.

2. Vereinbarungen über Heilmittelhöchstbeträge nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1982 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Heilmittel im Jahre 1980 zu treffen.

Die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes beschlossenen Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gelten als in der Zusammensetzung der Bundesausschüsse nach § 368 o der Reichsversicherungsordnung beschlossene Richtlinien.

4. In den Jahren 1982 und 1983 können die Träger der Krankenversicherung von der Auffüllung ihrer Rücklage (§ 365 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung, § 71a Abs. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte) absehen.

5. Der Bewertungsausschuß hat im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen Überbewertungen der zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen sowie Kieferorthopädie zu beseitigen und durch eine neue Bewertung Anreize für zahnerhaltende Maßnahmen zu schaffen.

6. Die am 1. September 1981 vereinbarten Vergütungen für zahntechnische Leistungen werden nach dem Auslaufen der jeweiligen vertraglichen Regelungen für zwölf Monate um 5 vom Hundert gemindert. Dies gilt auch für die zahntechnischen Leistungen, die durch Zahnärzte erbracht werden.

7. Die von den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit ihren Vertragspartnern für Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen getroffenen Preisvereinbarungen gelten bis zum 31. Dezember 1983 fort.

## Artikel 6

## Berlin-Klausel

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

## Artikel 7

## Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1982 in Kraft.

## Begründung

## I. Allgemeiner Teil

Nach einer Periode relativer Beitragssatzstabilität von 1976 bis 1979 sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1980 um 8,5 v. H. je Mitglied gestiegen. Das für die Einnahmementwicklung der Krankenkassen maßgebliche beitragspflichtige Entgelt der Versicherten (Grundlohn) hat sich demgegenüber nur um durchschnittlich 5,5 v. H. erhöht. Die Steigerung der Ausgaben lag somit um mehr als 50 v. H. höher als der Grundlohnanstieg. Der sich daraus ergebende Ausgabenüberhang erreicht eine Größenordnung von ca. 2 Milliarden DM. Da der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen im Jahre 1980 auf 11,40 v. H. (1979: 11,27 v. H.) stieg, verblieb ein Defizit von 1,4 Mrd. DM. Als Folge der weiterhin defizitären Entwicklung der Finanzlage der Krankenversicherung ist der durchschnittliche Beitragssatz auf 11,74 v. H. zum 1. Januar 1981 gestiegen.

Die bisher vorliegenden Daten zur Ausgabenentwicklung im Jahre 1981 zeigen, daß sich die Ausgabenexpansion mit erheblich über dem Grundlohnanstieg liegenden Zuwachsraten ungebrochen fortsetzt. Ohne zusätzliche Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung ist zu befürchten, daß der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung Anfang 1982 um weitere 0,5 Prozentpunkte ansteigen wird.

Die Selbstverwaltung der Krankenversicherung hat im Zusammenwirken mit ihren Vertragspartnern eine Reihe von Initiativen zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs ergriffen. Ferner haben die Vertreter der Kassenärzte und -zahnärzte zugesagt, durch vertragliche Vereinbarung mit den Krankenkassen sicherzustellen, daß, bezogen auf die Jahre 1981 und 1982, die Ausgabenentwicklung für die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung im Einklang mit der Grundlohnentwicklung liegen wird.

Es wird deshalb davon ausgegangen, daß die Vergütungsverträge der Krankenkassen mit den Ärzten und Zahnärzten über den 30. Juni 1982 hinaus mindestens bis zum Jahresende 1982 unverändert — einschließlich der vereinbarten Mengenbegrenzungen — verlängert werden. Außerdem wird erwartet, daß die pharmazeutische Industrie ihre Empfehlungen, die Preise für Arzneimittel nicht zu erhöhen, bis zum Jahresende 1982 verlängert.

Ohne gesetzliche Regelungen zur Unterstützung der Initiativen der Selbstverwaltung und zur Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten ist jedoch eine wirksame Begrenzung des Ausgabenanstiegs und eine dauerhafte Stabilisierung der Finanzlage der Krankenversicherung nicht erreichbar.

Die Bundesregierung hat aufgrund der erkennbaren Beschleunigung des Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regierungserklärung vom 24. November 1980 eine Ergänzung und Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Kostendämpfung angekündigt.

Auch die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat im März 1981 empfohlen, in allen Ausgabenbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen, um einer Gefährdung der Beitragssatzstabilität entgegenzuwirken.

Der vorliegende Gesetzentwurf soll dazu beitragen, einen weiteren Anstieg der Beitragssätze, und damit eine Verringerung der verfügbaren Einkommen der Versicherten sowie eine erhöhte Kostenbelastung der Unternehmen und der öffentlichen Hand durch den steigenden Arbeitgeberanteil, zu vermeiden. Eine solche Entwicklung hätte erhebliche negative Konsequenzen sowohl in gesamtwirtschaftlicher als auch in sozialpolitischer Hinsicht.

Insbesondere würden dadurch die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben des Bundes und zur Konsolidierung der Finanzlage der Sozialversicherung beeinträchtigt.

Die vorgesehenen Regelungen richten sich vor allem darauf,

- das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung durch kurzfristig wirksame Ausgabenkürzungen abzudecken, um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden,
- die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auch längerfristig im Rahmen der Einkommensentwicklung der Versicherten zu halten, um die Belastung der Beitragszahler dauerhaft zu begrenzen,
- die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wirtschaftlicher und bedarfsgerechter zu gestalten und das Kostenbewußtsein bei allen Beteiligten zu erhöhen sowie
- die von der Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihren Vertragspartnern eingeleiteten oder geplanten Maßnahmen zur Kostendämpfung durch gesetzliche Regelungen zu unterstützen.

Es wird erwartet, daß es auf der Grundlage der Vorschläge möglich sein wird, die Ausgabenzuwächse der gesetzlichen Krankenversicherung stärker an die Einkommensentwicklung der Versicherten anzupassen. Für das Jahr 1982 sollen daher die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen bereits bei

der Aufstellung der Haushaltspläne 1982 und die Aufsichtsbehörden bei deren Prüfung die vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen berücksichtigen. Die Spitzenverbände der Krankenversicherung sollten frühzeitig hierzu entsprechende Kalkulationshilfen geben.

Der Gesetzentwurf enthält insbesondere Regelungen die

- a) die Ausgabenzuwächse der Krankenkassen stärker an der Einkommensentwicklung der Versicherten ausrichten und damit dazu beitragen, die Beitragssatzentwicklung zu stabilisieren:
  - bei der Versorgung mit Zahnersatz durch Einbeziehung des zahnärztlichen Honorars in die Gesamtvergütung,
  - bei der Versorgung mit Heilmitteln durch Einführung eines Heilmittelhöchstbetrages,
  - bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln durch Verlängerung der Laufzeit der Preisvereinbarungen;
- b) die Ausgaben der Krankenkassen:
  - durch bestmögliche Absenkung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen um 5 v. H. mindern;
- c) die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erhöhen:
  - in der stationären Versorgung durch Einbeziehung bestimmter Früherkennungsuntersuchungen in die Krankenhausversorgung sowie durch teilstationäre Krankenhauspflege, soweit eine Unterbringung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist,
  - bei der Versorgung mit Zahnersatz durch Verstärkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung;
- d) die Leistungen der Krankenversicherung stärker auf das medizinisch Erforderliche begrenzen und solche Leistungen ausschließen, die nicht mehr zu Lasten der Krankenversicherung finanziert werden sollen:
  - durch Leistungsausgrenzung von Arznei- und Heilmitteln, wenn sie üblicherweise bei leichten Gesundheitsstörungen angewandt werden,
  - durch Begrenzung der Ausgaben für Kuren;
- e) den Preiswettbewerb insbesondere bei Heil- und Hilfsmitteln und zahntechnischen Leistungen verstärken;
- f) das Kostenbewußtsein der Versicherten erhöhen:
  - durch Umgestaltung der Zuschüsse beim Zahnersatz sowie des Versichertenanteils bei Arznei- und Heilmitteln, Brillen und Fahrkosten,
  - durch Einführung einer Preisauszeichnungspflicht bei Arzneimitteln.

Eine wirksame Dämpfung des Ausgabenanstiegs der Krankenkassen ist nur möglich, wenn auch die Ausgaben für Krankenhauspflege, die mit rund 30 v. H. den größten Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

ausmachen, im Rahmen der Einkommensentwicklung der Beitragszahler gehalten werden können. Zur stärkeren Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die Maßnahmen zur Kostendämpfung hat die Bundesregierung bereits den Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes vorgelegt (Drucksache 9/570) und den gesetzgebenden Körperschaften zugeleitet. Die Bundesregierung hält darüber hinaus weitere Regelungen für notwendig, um die Ausgabenentwicklung für Krankenhauspflege schon in den Jahren 1982 und 1983 auf den Anstieg der Versicherteneinkommen zu begrenzen.

Sie schlägt hierzu Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung vor, um

- die Erhöhung der Pflegesätze in den Jahren 1982 und 1983 auf den Grundlohnanstieg der Versicherten bei den Ortskrankenkassen in dem betreffenden Bundesland zu begrenzen,
- für jedes Krankenhaus jährlich zusammen mit dem Pflegesatz einen Höchstbetrag für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel festzulegen,
- stufenweise bis 1985 für die Krankenhäuser eine höhere durchschnittliche Bettenausnutzung vorzuschreiben, und
- dem Bund zu ermöglichen, die Finanzhilfen an die Länder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz insbesondere auf einen verstärkten Abbau nicht bedarfsnotwendiger Betten auszurichten.

Die Bundesregierung hat davon abgesehen, entsprechende Vorschläge in den vorliegenden Gesetzentwurf aufzunehmen, weil es sachdienlich erscheint, sie im Zusammenhang mit dem Entwurf eines Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes zu beraten. Sie hat deshalb diese Vorschläge den Koalitionsfraktionen im Deutschen Bundestag zugeleitet, damit sie dort in die Beratungen zum Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz einbezogen werden können.

Der vorliegende Gesetzentwurf richtet sich nicht auf eine Lösung der tiefgreifenden Strukturprobleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bundesregierung hat beschlossen, zur Lösung dieser Probleme einen gesonderten Gesetzentwurf vorzulegen.

## II. Besonderer Teil

## Zu Artikel 1

## Zu Nummer 1 (§ 176 c RVO)

Das uneingeschränkte Beitrittsrecht ist dadurch mißbraucht worden, daß der Beitritt dann erklärt wurde, wenn größere Krankheitskosten (Krankenhausbehandlung) zu erwarten oder entstanden waren. Das Beitrittsrecht wird deshalb an eine Vorversicherungszeit geknüpft, die jedoch dann entfällt, wenn wegen der Behinderung bislang keine Versicherungsmöglichkeit bestand.

Zu Nummer 2 (§ 182 RVO)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung aus § 182f.

Zu Buchstaben b und c

Nach geltendem Recht leistet die Kasse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen einen Zuschuß. Das bedeutet, daß die zahnärztliche Vergütung für Zahnersatz kein Bestandteil der für die übrige zahnärztliche Versorgung zu leistenden Gesamtvergütung ist und auch nicht den hierfür vereinbarten Regelungen unterliegt. Die im Entwurf vorgesehene Regelung bewirkt, daß die zahnärztliche Leistung zur Sachleistung gemacht und damit in die Gesamtvergütung mit den daraus sich ergebenden Folgerungen (zum Beispiel hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung) einbezogen wird. Die Zuschußregelung soll sich nur auf die Labor- und Materialkosten beschränken, die wie bisher von den Kassenverbänden mit den Zahntechniker-Innungen als Höchstbeträge vereinbart werden sollen.

Zu Nummer 3 (§ 182a RVO)

Gegen die bisherige Regelung ist eingewandt worden, daß dadurch die Verordnung von Großpackungen und teuren Arzneimitteln gefördert werde. Dem soll durch eine an den Kosten des verordneten Mittels ausgerichtete Verordnungsblattgebühr des Versicherten, die eine wirtschaftlich vertretbare Höchstgrenze nicht übersteigt, Rechnung getragen werden. Die Regelung erstreckt sich künftig auch auf Brillen sowie die Instandsetzung von Brillen und Heilmitteln.

Für mitversicherte Kinder ist eine Verordnungsgebühr nicht zu zahlen (s. § 205 Abs. 1 Satz 3 RVO). In diese Regelung werden auch selbstversicherte Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres einbezogen.

Die bisherige Härtefallregelung wird unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dahin gehend verdeutlicht, daß allein der laufende Bedarf an Arznei- und Heilmitteln nicht schon in jedem Falle und somit ohne Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse des Versicherten als ein Härtefall anzusehen ist. Um einen Härtefall handelt es sich, wenn über einen längeren Zeitraum die Mittel benötigt werden und die Zahlung den Versicherten unzumutbar belasten würde. Das entspricht der bisherigen Verfahrensweise der Krankenkassen. Die Unzumutbarkeit richtet sich allein nach den Einkommensverhältnissen des Versicherten und der für ihn durch die Zahlung entstehenden Belastung. Es wird erwartet, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen wieder gemeinsame Richtlinien über die Feststellung der Härtefälle erstellen, damit eine gleichmäßige Behandlung aller Versicherten erreicht wird. Durch die Festlegung von Einkommensgrenzen können Einzelfallprüfungen weitgehend entfallen, die Verwaltungsarbeit kann dadurch erheblich erleichtert werden.

Die Anzahl der Verordnungen wird je Verordnungsblatt auf drei begrenzt, damit wegen des Höchstbet

rages nicht auf eine größere Anzahl von Verordnungen je Verordnungsblatt ausgewichen werden kann. Das schließt aber nicht aus, daß gleichzeitig mehrere Verordnungsblätter ausgestellt werden, wenn es erforderlich ist. Maßgebend ist die Anzahl der Verordnungen, nicht ihre Menge. Bei sechs Massagen handelt es sich somit um eine Verordnung.

Zu Nummer 4 (§ 182b RVO)

Die Beitragszahler mit Aufwendungen für allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Wärmeflaschen) zu belasten, ist, dem allgemeinen Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung folgend, nicht gerechtfertigt. Durch die Regelung im Gesetz wird insoweit eine einheitliche Leistungserbringung der Krankenkassen erreicht.

Die Vorschrift stellt im übrigen klar, daß Versicherte bei Wahl eines aufwendigeren Hilfsmittels die entsprechenden Mehrkosten zu tragen haben.

Zu Nummer 5 (§ 182c RVO)

Im Gegensatz zum geltenden Recht (vgl. auch Begründung zu § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe d) sollen bei prothetischer Versorgung Zuschüsse der Kasse nur noch für Material- und Laborkosten gewährt werden. Die Neuregelung geht davon aus, daß die Gewährung des Zuschusses an dem einheitlichen Leistungsverzeichnis über zahntechnische Leistungen und der entsprechend von den Landesverbänden der Krankenkassen mit den Zahntechnikerinnungen hierfür vereinbarten Vergütung auszurichten ist, wobei der Zuschuß sich jedoch nach den tatsächlichen Kosten richtet.

Die Vergütung für die zahnärztliche Behandlung bei Zahnersatz wird künftig voll übernommen, so daß der Versicherte durch die Absenkung des Zuschusses zu den zahntechnischen Leistungen nicht zusätzlich belastet wird. Die Zahnersatzkosten sollen um den Wert für Altgold gemindert werden. Eine Verpflichtung des Zahnarztes zur Übernahme des Altgoldes besteht nicht. Die Härtefallregelung bleibt, das Wort „besonderen“ wird als entbehrlich angesehen und deshalb gestrichen.

Der Versicherte soll Kenntnis über die Kosten sowohl der zahnärztlichen Behandlung bei Zahnersatz als auch der zahntechnischen Leistungen erhalten.

Die Vorschrift stellt klar, daß Versicherte eine aufwendigere prothetische Versorgung als in den Richtlinien über die Versorgung mit Zahnersatz (§ 368 p Abs. 1) vorgesehen, erhalten können, wenn sie die entsprechenden Mehrkosten selbst tragen und daß ihr Leistungsanspruch dadurch nicht beeinträchtigt wird. Aus Gründen der Kostenklarheit und Rechtssicherheit sollen die Abweichungen und ihre Auswirkungen vor Beginn der Behandlung schriftlich vereinbart werden.

Zu Nummer 6 (§ 182f RVO)

Der Gesetzgeber hat im Jahre 1977 dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen den Auftrag erteilt, Richtlinien über die genannten Bagatellmittel

zu beschließen. Die vom Bundesausschuß hinsichtlich der Arzneimittel vorgelegten Richtlinien können vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nicht genehmigt werden. Richtlinien über Heilmittel wurden noch nicht beraten. Um sicherzustellen, daß der seit dem Kostendämpfungsgesetz bestehende gesetzliche Auftrag erfüllt wird, ist die Ermächtigung zum Erlaß einer entsprechenden Rechtsverordnung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen. Die Rechtsverordnung würde nach dieser Ermächtigung sowohl die Verordnung von Bagatellmitteln zu Lasten des Versicherten wie auch bei Vorliegen besonderer medizinischer Voraussetzungen die Verordnung zu Lasten der Krankenkassen ermöglichen.

(§ 182g RVO)

Es wird davon ausgegangen, daß Brillen eine Haltbarkeitsdauer von mindestens drei Jahren haben. Während dieser Zeit ist es nicht gerechtfertigt, die Versicherungsgemeinschaft erneut mit Brillenkosten zu belasten. Auf die besonderen Verhältnisse von Kindern wird dadurch Rücksicht genommen, daß die Regelung erst nach Vollendung des 14. Lebensjahres des Versicherten gilt. Soweit durch eine Änderung der Sehfähigkeit Kosten entstehen, werden diese auch innerhalb des Dreijahreszeitraums von der Krankenkasse übernommen. Die Vorschrift gilt nicht für die Instandsetzung von Brillen.

Zu Nummer 7 (§ 184 RVO)

Die Regelung konkretisiert den in § 182 Abs. 2 verankerten Grundsatz, daß auch die Krankenhauspflege ausreichend und zweckmäßig sein muß, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Sie bezweckt keine Ausuferung der Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich. Stationäre und teilstationäre Behandlung zusammen bleiben auch weiterhin auf die Dauer der notwendigen Behandlung durch das Krankenhaus begrenzt. Die Regelung trägt jedoch der Tatsache Rechnung, daß in vielen Fällen nach einer gewissen Behandlungszeit die auch weiterhin notwendige Versorgung durch das Krankenhaus auch ohne dauernde Unterbringung in teuren Krankenhausbetten erfolgen kann. Dadurch lassen sich, insbesondere in Nachsorgefällen, Kosten für teilweise Verpflegung und Unterbringung einsparen. Hinzu kommen langfristig erhebliche Kosteneinsparungen, wenn die Länder die zu erwartende rückläufige Bettenbelegung in einen Abbau überzähliger Betten umsetzen.

Zu Nummer 8 (§ 187 RVO)

Die Aufwendungen für Kuren haben in den letzten Jahren ungewöhnlich zugenommen. Dies wird auch darauf zurückgeführt, daß bei der Erbringung dieser Leistungen zu großzügig verfahren wurde. Um dieser Kritik Rechnung zu tragen, werden Kuren nur noch nach Ablauf von drei Jahren gewährt. Die Kuren anderer Träger werden dabei berücksichtigt.

Zu Nummer 9 (§ 187a RVO)

Um dem ungewöhnlichen Ausgabenanstieg für Kuren entgegenzutreten, werden für die Jahre 1982 und

1983 die Ausgaben der einzelnen Krankenkasse je Mitglied für diese Maßnahmen auf die Ausgaben des Jahres 1980 begrenzt. Damit überdurchschnittliche Ausgaben einer Krankenkasse nicht in den Begrenzungszeitraum hineinwirken, wird der durchschnittliche Betrag der Ausgaben aller Kassen als Höchstbetrag für die Krankenkasse festgesetzt.

Zu Nummer 10 (§ 194 RVO)

Die Höhe des Versichertenanteils von 3,50 DM wurde im Jahre 1977 festgesetzt. Sie wird der inzwischen eingetretenen Preisentwicklung angepaßt und auf 5 DM heraufgesetzt. Außerdem wird festgelegt, daß der Versicherte auch dann 5 DM von den Fahrkosten zu tragen hat, wenn diese 5 DM übersteigen. Da die Ermächtigung zu Satzungsregelungen bestehen bleibt, kann auf besondere Verhältnisse, z. B. die Strukturen in ländlichen Gebieten, Rücksicht genommen werden. Dabei können auch genehmigte Regelungen getroffen werden, die sich nicht nur auf Härtefälle zu beschränken haben. Die Satzung kann dabei die Anspruchsvoraussetzungen sowie den Umfang des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten bestimmen.

Zu Nummer 11 (§ 199 RVO)

Aus medizinischen Gründen ist nach einer normalen Entbindung der Aufenthalt in der Klinik längstens für sechs Tage erforderlich. Muß die Versicherte wegen Krankheit darüber hinaus in der Klinik verbleiben, werden die Kosten als Krankenhauspflege übernommen.

Zu Nummer 12 (§ 205 RVO)

Auch nach Wegfall des Kindergelds nach § 2 Abs. 4 a Bundeskindergeldgesetz soll für arbeitslose Jugendliche, die das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, der Anspruch auf Familienhilfe fortbestehen.

Zu Nummer 13 (§ 368 Abs. 2 und 3 RVO)

Ziel der Ergänzung in Absatz 2 ist, zum Zwecke der Kostendämpfung Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 181 RVO) dann nicht der kassenärztlichen Versorgung zuzuordnen, wenn Versicherte oder Familienangehörige während des Aufenthaltes in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt ärztlich behandelt werden und während dieser Zeit Maßnahmen zur Früherkennung anstehen. Diese Maßnahmen sind in den genannten Fällen durch die Kranken- oder Entbindungsanstalt zu erbringen und mit dem Pflegesatz abzudecken. Insofern entfällt eine Beteiligung oder Ermächtigung von Krankenhausärzten oder die Ermächtigung ärztlich geleiteter Einrichtungen zur Erbringung der Maßnahmen und die Vergütung dieser Maßnahmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Nummer 14 (§ 368 f Abs. 4, 6, 7 und 8 RVO)

In den vergangenen Jahren ist die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen durch vorweg abgeschlossene Verträge der Partner der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung auf Bundes- und Landesebene präjudiziert worden. Das soll



durch die Ergänzung in Absatz 4 Satz 3 und Absatz 7 über die Berücksichtigung des jährlichen Zeitraumes der Empfehlungen der konzertierten Aktion für die Vertragspartner ausgeschlossen werden.

Der übermäßige Ausgabenanstieg im Bereich der physikalischen Therapie macht es erforderlich, die für die Verordnung von Arzneimitteln geltende Höchstbetragsregelung auch auf die Heilmittel (z. B. Massagen, Bestrahlungen, Bäder) auszudehnen (Absätze 6 und 7).

Die Streichung in Absatz 8 ist eine Folge der Einbeziehung der zahnärztlichen Behandlung bei der Zahnprothetik in die Sachleistungsregelung des § 182 Abs. 1 und der Beibehaltung der Zuschußregelung lediglich für die zahntechnischen Leistungen.

Zu Nummer 15 (§ 368 g Abs. 4, 5 und 5 a RVO)

Gegenwärtig gibt es in den einzelnen Vertragsbereichen auf Landesebene unterschiedliche Leistungsverzeichnisse für zahntechnische Leistungen. Dieser Umstand und die z. T. umfangreichen Listen haben den erheblichen Kostenanstieg im zahntechnischen Bereich mitbewirkt. Das soll dadurch geändert werden, daß der Bewertungsausschuß für die zahnärztlichen Leistungen auch mit der Erstellung einer bundeseinheitlichen Liste für die abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen beauftragt wird. Hierbei soll das Benehmen mit den Zahn-technikern hergestellt werden (Absatz 4). Zugleich wird vorgesehen, daß dieses einheitliche Verzeichnis den Vereinbarungen über die Vergütung zahntechnischer Leistungen zugrunde gelegt wird (Absatz 5 a Satz 2).

Die Streichung des bisherigen Absatzes 5 ist eine Folge der Neuregelungen für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (vgl. Begründung zu § 368 f Abs. 8 RVO).

Die Ergänzung in Absatz 5 a Satz 1 stellt klar, daß die Vergütungen für zahntechnische Leistungen, die in praxiseigenen Laboratorien der Zahnärzte erbracht werden, zwischen den Vertragspartnern der kassenzahnärztlichen Versorgung auf Bundes- und Landesebene vereinbart werden. Bei Vertragsgestaltung kann einer möglichen kostengünstigeren Erbringung im Vergleich zu gewerblichen Laboratorien in der Vergütungshöhe Rechnung getragen werden.

Die Vorschrift des geltenden Rechts (§ 368 g Abs. 5 a Satz 2) über die Preisvereinbarungen zwischen den Zahn-technikern und den Verbänden der Krankenkassen wird überwiegend als Festpreisregelung verstanden. Damit wird der Preiswettbewerb ausgeschlossen. Es soll daher klargestellt werden, daß in diesen Vereinbarungen Höchstpreise vorzusehen sind. Ferner ist sichergestellt, daß auch im Bereich der Zahntechnik die Empfehlungen der konzertierten Aktion berücksichtigt werden (Folgeregelung zu Artikel 1 Nr. 20).

Zu Nummer 16 (§ 368 o Abs. 1, 3, 4, 6 und 7 RVO)

Nach geltendem Recht nimmt die Bundesknappschaft nicht grundsätzlich an der Bildung und Zusammensetzung der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen teil. Sie wirkt andererseits aber zum Teil bei der Beschlußfassung von einzelnen Richtlinien mit (Absatz 7).

Die Bundesknappschaft soll durch die Neuregelung in Absatz 1 Satz 2 grundsätzlich an der Bildung und Zusammensetzung der Bundesausschüsse mit denselben Rechten und Pflichten beteiligt werden wie die Bundesverbände der Krankenkassen. Die Änderungen in Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 6 sowie die Streichung in Absatz 7 sind redaktioneller Art.

Zu Nummer 17 (§ 368 p Abs. 1 und 8 RVO)

Durch die Ergänzung in Absatz 1 soll der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen den Auftrag erhalten, die bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sich typischerweise ergebenden prothetischen Lösungen unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit zu beschreiben und durch Vorschläge für die Praxis der kassenzahnärztlichen Versorgung zu verdeutlichen.

Die Streichung des Absatzes 8 ist eine Folge der Neuregelung in § 182 f (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 6)

Zu Nummer 18 (§ 376 Abs. 4 RVO)

Durch die Verpflichtung der Apotheken in Absatz 4, bei der Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte den Apothekenabgabepreis auf der Packung anzugeben, soll zu einem erhöhten Kostenbewußtsein der Versicherten beigetragen werden. Eine solche gesetzliche Vorschrift gibt es bisher nicht. Die Regelung schließt nicht aus, daß bei Fertigarzneimitteln bereits vom Hersteller Preisdrucke angebracht werden.

Zu Nummer 19 (§§ 376 c und 376 d RVO)

Durch die Vorschriften des § 376 c soll den genannten Verbänden der Krankenversicherungsträger ermöglicht werden, einheitliche Verzeichnisse der von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel zu erstellen, die eine verbindliche Grundlage für die Preisverhandlungen sein sollen. Die Verzeichnisse sollen daher auch im Benehmen mit den Leistungserbringern erstellt werden. Da nur die von den Krankenkassen zu vergütenden Hilfsmittel in die Verzeichnisse aufzunehmen sind, sind beispielsweise Mittel auszuschließen, deren Eignung zweifelhaft oder die allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

Im geltenden Recht gibt es keine ausdrückliche Vorschrift, die den Krankenkassen oder ihren Verbänden ermöglicht, Vereinbarungen mit den Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln zu schließen. Die Neuregelung in § 376 d überläßt als Rahmenvorschrift den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern, ob Vereinbarungen auf örtlicher Ebene, auf der Ebene der Landesverbände oder der Bundesverbände der

Zu Artikel 3

Mit diesen Vorschriften wird das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte den Änderungen der Reichsversicherungsordnung angepaßt.

Zu Nummer 1 (§ 11 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 8 (§ 187 RVO)

Zu Nummer 2 (§ 11 a KVLG)

Anpassung an Artikel Nr. 9 (§ 187 a RVO)

Zu Nummer 3 (§ 13 Abs. 1 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 2 (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO)

Zu Nummer 4 (§ 14 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 3 (§ 182 a RVO)

Zu Nummer 5 (§ 16 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 4 und 5 (§§ 182 b und 182 c RVO)

Zu Nummer 6 (§§ 16 a und 16 b KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 6 (§§ 182 f und 182 g RVO)

Zu Nummer 7 (§ 17 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 7 (§ 184 RVO)

Zu Nummer 8 (§ 21 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 8 (§ 187 Abs. 2 RVO)

Zu Nummer 9 (§ 21 b Abs. 1 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 10 (§ 194 Abs. 1 RVO)

Zu Nummer 10 (§ 26 Abs. 1 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 11 (§ 199 Abs. 1 RVO)

Zu Nummer 11 (§ 32 Abs. 2 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 12 (§ 205 Abs. 2 RVO)

Zu Nummer 12 (§ 36 KVLG)

Die Änderung bewirkt, daß — wie bisher nur bei Haushaltshilfe — auch für Betriebshilfe durch Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade keine Kosten zu erstatten sind.

Zu Nummer 13 (§ 76 KVLG)

Anpassung an Artikel 1 Nr. 18 und 19 (§ 376 Abs. 4, §§ 376 c und 376 d RVO)

Zu Artikel 4

Zu Nummern 1 und 2 (§§ 13, 14 MuSchG)

Der Bund trägt von dem an in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Frauen gezahlten

Krankenkassen abgeschlossen werden. Sie ermöglichen Preiswettbewerb und läßt zu, daß Krankenkassen auch regionale Vereinbarungen abschließen können, wenn solche Vereinbarungen zu einer preisünstigeren Versorgung führen (Absatz 1 und Absatz 3). Es wird davon ausgegangen, daß die Preisvereinbarungen auch die Entwicklung rationaler Fertigungsverfahren fördern. Absatz 2 stellt klar, daß die Bestimmungen über die Preise bei öffentlichen Aufträgen keine Anwendung finden. Für die Krankenkassen besteht daher insbesondere keine Verpflichtung, einer Bildung von Selbstkostenpreisen gem. § 5 der Verordnung PR Nr. 30/53 über die Preise bei öffentlichen Aufträgen vom 21. November 1953 (Bundesanzeiger Nr. 244 vom 18. Dezember 1953) zuzustimmen. Die Regelung geht im übrigen davon aus, daß die Krankenkassen und ihre Verbände einerseits und die Leistungserbringer andererseits zu Vereinbarungen gelangen werden; gesetzliche Regelungen für den Fall der Nichteinigung erscheinen daher nicht notwendig.

Zu Nummer 20 (§ 405 a Abs. 1 Satz 2 RVO)

Folgeregelung auf Grund der Einbeziehung der Heilmittel in die für Arzneimittel geltende Höchstbetragsregelung (§ 368 f Abs. 6). Erstreckung der Empfehlungen der konzertierten Aktion auf die Ausgaben für Hilfsmittel und zahntechnische Leistungen.

Zu Nummer 21 (§ 525 c Abs. 3 und 4 RVO)

Die Änderungen in Absatz 3 sind die Folge aus den Änderungen und Ergänzungen in § 368 Abs. 2 und § 368 p Abs. 1. Für die Ersatzkassen sollen damit die in § 368 Abs. 2 Satz 3 getroffene Änderung hinsichtlich der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie die für die Wirtschaftlichkeit der Zahnersatzversorgung maßgeblichen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 368 p Abs. 1 S. 1 und 3 gelten. In Absatz 4 soll durch die Ergänzung sichergestellt werden, daß auch für die Ersatzkassen die Vorschriften über die Preisauszeichnungspflicht für Apotheken (§ 376 Abs. 4), die Leistungsverzeichnisse für Hilfsmittel (§ 376 c) und die Rahmenregelung für Vereinbarungen (§ 376 d) gelten.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1 (§ 204 RKG)

Übernahme der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Erstellung von Leistungsverzeichnissen sowie Vereinbarungen mit den Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln.

Zu Nummer 2 (§ 204 a RKG)

Übernahme der Vorschriften des Kassenarztrechts der RVO für die Vergütungsregelungen, die Zusammensetzung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen und die Geltung der Richtlinien dieser Ausschüsse, soweit die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch Kassenärzte/Kassenzahnärzte erfolgt.

Mutterschaftsgeld 400 DM, dagegen das an nicht versicherte Frauen gezahlte Mutterschaftsgeld in voller Höhe (bis zu 25 DM kalendertäglich). An nicht versicherte Frauen höhere Bundesleistungen zu zahlen, ist nicht gerechtfertigt. Durch die Rechtsänderung wird erreicht, daß der Bund für alle erwerbstätigen Frauen während der Schutzfrist vor und nach der Entbindung Leistungen in derselben Höhe erbringt.

Höhe und Dauer des vom Arbeitgeber zu zahlenden Zuschusses zum Mutterschaftsgeld werden nicht verändert. Die Zahlung von Mutterschaftsgeld während des Mutterschaftsurlaubs zu Lasten des Bundes wird durch diese Änderungen nicht berührt.

#### Zu Artikel 5

##### Zu Nummer 1

Übergangsvorschrift wegen des Zeitpunktes für die erstmalige Erstellung des einheitlichen Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen.

Die Übergangsregelung ist notwendig, weil das Leistungsverzeichnis bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht vorliegt.

##### Zu Nummer 2

Übergangsvorschrift wegen des Zeitpunktes, von welchem ab der Höchstbetrag für Heilmittel vereinbart sein muß.

##### Zu Nummer 3

Übergangsvorschrift wegen der neuen — durch Vertreter der Bundesknappschaft erweiterten — Zusammensetzung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Die gesetzliche Fiktion soll klarstellen, daß die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes beschlossenen Richtlinien der Bundesausschüsse auch für die Bundesknappschaft verbindlich sind.

##### Zu Nummer 4

Die Träger der Krankenversicherung werden durch die Regelung in die Lage versetzt, auf eine sonst vorzusehende Auffüllung der Rücklage zu verzichten und die dadurch freiwerdenden Mittel für laufende Ausgaben und damit zur Stabilisierung der Beitragssätze zu verwenden.

##### Zu Nummer 5

Durch diese Vorschrift soll im Interesse einer gesundheitspolitisch wünschenswerten Verbesserung der Zahnprophylaxe eine Überprüfung des Bewertungsmaßstabes in der genannten Zielrichtung erfolgen.

##### Zu Nummer 6

Der unverhältnismäßig starke Ausgabenanstieg für zahntechnische Leistungen in den vergangenen Jahren ist in besonderem Maße durch die Entwicklung der Preise für diese Leistungen bewirkt wor-

den. Das Preisniveau muß deshalb angemessen gemindert werden. Eine Minderung um 5 vom Hundert erscheint im Hinblick auf eine Stabilisierung der Beitragssätze für den vorgesehenen Zeitraum notwendig. Die Vorschrift gilt gleichermaßen für gewerbliche und praxiseigene zahntechnische Labors.

##### Zu Nummer 7

Der Ausgabenanstieg der Krankenkassen für Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen lag in den vergangenen Jahren erheblich über der Grundlohnentwicklung und hat damit beitragssteigernd gewirkt. Die Preiserhöhungen für diese Mittel haben zu dieser Entwicklung wesentlich beigetragen. Eine Verlängerung der Laufzeit der geltenden Preisvereinbarungen für diese Leistungen ist als Beitrag zur Konsolidierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig und für die beteiligten Leistungserbringer zumutbar.

#### Zu Artikel 6

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

#### Zu Artikel 7

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

### III. Wirtschaftliche Auswirkungen

Mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen wird angestrebt, das in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1981 auftretende und im Jahre 1982 zu erwartende Defizit zu beseitigen und den dadurch bedingten Beitragssatzsteigerungen entgegenzuwirken.

Der Entwurf enthält Vorschläge für Maßnahmen zur Reduzierung der Ausgaben der Krankenkassen, die im Jahre 1982 zu Einsparungen führen, und Regelungen zur Begrenzung der Ausgabenzuwächse, die zu einer dauerhaften Ausrichtung der Ausgabenentwicklung an der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen bei stabilen Beitragssätzen beitragen sollen.

Die Krankenkassen werden im Jahre 1982 durch die Maßnahmen des Gesetzentwurfs voraussichtlich wie folgt entlastet:

	Millionen DM
Veränderte Verordnungsblattgebühr bei Arzneimitteln	300 bis 400
Veränderte Verordnungsgebühr bei Heilmitteln und Brillen	100
Leistungsausgrenzung von „Bagatellarzneimitteln“ <sup>1)</sup>	100 bis 200
Ausgabenbegrenzung bei Kuren	250 bis 350

<sup>1)</sup> Annahme: Inkrafttreten der Regelung zum 1. Juli 1982

### IV. Finanzielle Auswirkungen

	Millionen DM
Äußerliche Begrenzung der Leistung von Brillen	100 bis 150
Begrenzung des Krankenhausaufenthalts bei Entbindung	90
Veränderter Kostenanteil bei Fahrkosten	5 bis 10
Ausgrenzung von Gütern der allgemeinen Lebenshaltung bei Hilfsmitteln	3
Veränderter Zuschuß bei Zahnersatz	weitgehend kostenneutral
Einbeziehung von Früherkennungsuntersuchungen in die Krankenhausruflege	10
Reduzierung der Vergütung zahntechnischer Leistungen	140
Befristete Verlängerung der Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen	170

Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch diese Regelungen um insgesamt ca. 1,4 bis 1,6 Mrd. DM entlastet. Aufgrund der Änderung der Vorschriften über die Familienhilfe für arbeitslose Jugendliche werden die Krankenkassen um 5 Millionen DM belastet.

- Der Bund wird durch die Änderung des Mutterschutzgesetzes um 10 Millionen DM sowie aufgrund der Streichung des § 2 Abs. 4 a des Bundeskindergeldgesetzes im Zusammenhang mit der Änderung der Vorschriften über die Familienhilfe für arbeitslose Jugendliche um 15 Millionen DM entlastet. Die Entlastungen der Krankenkassen (vgl. III Wirtschaftliche Auswirkungen) wirken sich auch entsprechend auf die Ausgaben des Bundes für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner aus. Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahmen des Gesetzes nicht belastet.
  - Die Maßnahmen des Gesetzes zur Entlastung der Krankenkassen sowie der Begrenzung des Ausgabenanstiegs wirken einem Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1982 und damit einer zusätzlichen Kostenbelastung der Betriebe und der privaten Haushalte entgegen. Ferner wirken die Absenkung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen und die Verlängerung der Laufzeit geltender Preisvereinbarungen bei Heil- und Hilfsmitteln sowie Brillen dämpfend auf die Preisentwicklung in diesen Bereichen.
- Auswirkungen auf Einzelpreise in anderen Bereichen und auf das Preisniveau sind nicht erkennbar.