

13.11.81

AS - Fz

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit
kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung
(Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz - KVEG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 64. Sitzung
am 12. November 1981 auf Grund der Beschlußempfehlung
und des Berichts des Ausschusses für Arbeit und
Sozialordnung (11. Ausschuß) - Drucksache 9/977 -

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

- Drucksachen 9/798, 9/845 -

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 04.12.81

Erster Durchgang: Drs. 366/81

Gesetz 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 020-1, 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 Eintritt in den letzten 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 zahnärztliche Leistungen.“

3. § 182 a erhält folgende Fassung:

„§ 182 a

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

- a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel 1,50 Deutsche Mark,
- b) von Heilmitteln vier Deutsche Mark je Verordnung,
- c) von Brillen vier Deutsche Mark,

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

4. § 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 zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen zählen 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 zahnärztliche 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 zahnärztlichen Leistungen und der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz mitzuteilen.

(5) Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnteil als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierfür ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kausenzahnarzt und dem Versicherten zu treffen."

6. Nach § 192 e werden folgende §§ 192 f und 192 g eingefügt:

§ 192 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, aus ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen, hierbei können Anwendungsgebiete bezeichnen 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.

§ 192 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 § 194 Abs. 1 Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Soweit eine Unterbringung im Krankenhaus zumutbar erforderlich ist, wird die weiterhin notwendige Krankenhauspflege teilstationär bewahrt."

8. § 187 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Kinder 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 beschuldigt 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 § 187 je Mitglied den Betrag nicht überschreiten, der die Krankenkasse dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgeben hat; sie dürfen auch den Betrag, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschnittlich je Mitglied im Jahre 1980 ausgeben haben, um nicht mehr als 20 vom Hundert überschreiten."

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 § 189 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 19., 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 Arbeitsförderungs-gesetz 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 Erbindungsanstalt 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."

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Arzneimittel" die Worte „und ein Höchstbetrag der zu verwendenden 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 durch die Worte „Arznei- und Heilmittel" sowie in Satz 4 die Worte „des Höchstbetrages" durch die Worte „der Höchstbeträge" und das Wort „Arznei- und Heilmittel" 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. 6) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen sowie durch den Bewertungsausschuß für die zahnärztlichen Leistungen im Benehmen mit dem Bundesinverband der Zahntechniker ein einheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen."

b) Absatz 5 wird gestrichen.

c) Absatz 5a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

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

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

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Vereinigungen" die Worte „auf der Grundlage des einheitlichen Verzeichnisses für zahnärztliche 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."

16. In § 368 i Abs. 3 a Satz 2 werden die Worte „den Bundesorganisationen" durch die Worte „den Bundesinverbandsverband" ersetzt.

17. § 368 o wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundeskassenapparat bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

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

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

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

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

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort „drei" durch das Wort „zwei" und die Worte „ein Ver-

leiter der knappschaftlichen Krankenversicherung und" gestrichen.

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

18. § 308 p wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:
„In den Richtlinien über die Versorgung mit Zahrsatz und Zahnkronen sind auch Art und Umfang der in typischen Fällen ausserordentlichen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Form der Versorgung einschließlich der zahnmedizinischen Leistungen, insbesondere durch Modelle, zu beschreiben.“
b) Absatz 8 wird gestrichen.

19. In § 370 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

20. 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 stellen 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

oder Vorteile, insbesondere von Mengen- und Wertrabatten, Skonto- und besonderen Lieferungsbedingungen, nicht überhöhten, 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.“

21. In § 405 a Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „Arzneimittelhochstbetrag“ durch die Worte „Hochstbeträge für Arznei- und Heilmittel“, sowie zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und mit zahnmedizinischen Leistungen“ ersetzt.

22. § 525 e 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 Zahrsatz 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 c und 376 d“ ersetzt.
cc) Es wird folgender Satz 3 angefügt:
„Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 522-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 8 des Gesetzes vom 13. 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 Reichsversicherungsgesetzordnung. Die in diesem 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 „Ausweitung an den Richtlinien der Landesverbände der Ärzte und Krankenkassen für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung“ durch § 308b Abs. 1, § 308c Abs. 1, § 308d Abs. 1 und § 308e Abs. 1 ersetzt. In Satz 2 werden die Worte „zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlicher Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung und die sozialen Richtlinien zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ durch § 308b und § 308p Absatz 1 ersetzt.

bb) Folgende Sätze 2 und 3 werden eingefügt:
„§ 368 Abs. 2 Satz 3 der Reichsversicherungsgesetzordnung gilt entsprechend. Ferner gelten §§ 368s und 368t der Reichsversicherungsgesetzordnung.“
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. 1663), zuletzt geändert durch Artikel I, § 11 des Gesetzes vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469), wird wie folgt geändert:

1. In § 11 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Kurve nach Absatz 1 kommt nicht zur Abfertigung nach der Durchführung eines solchen Karacho. Die Kosten der Abfertigung werden durch die Krankenkassen der Versicherten und durch die Krankenkassen der Träger der Krankenversicherung dafür durchschütten je Mitglied im Jahre 1980 ausbezahlt hat; sie dürfen auch den Betrag, den alle Träger der Krankenversicherung dafür durchschütten je Mitglied im Jahre 1980 ausbezahlt haben, um nicht mehr als 20 vom Hundert überschreiten.“

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

§ 11a

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

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 Gesundheitsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind."
 - bb) Folgender Satz 3 wird angefügt:

"Wählt der Versicherte ein anwendbares Hilfsmittel, als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen."

6. Nach § 10 werden folgende §§ 16 a und 16 b eingefügt:

§ 16 a

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, welche Arzneimittel, oder Arzneimittelgruppen, Verbands- und Hilfsmittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verwendet 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 Sehschwäche 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 weiterhin **notwendige** Krankenhauspflege teilstationär gewährt."

8. In § 21 wird folgender Satz angefügt:

"§ 11 Abs. 2 gilt entsprechend."

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 Zahnkrone."
- c) Nach Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt, folgende Nummer 7 wird angefügt:

"7. Zuschüsse zu den Kosten für zahnärztliche Leistungen."

4. § 14 erhält folgende Fassung:

§ 14

Der Versicherte, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, zahlt als Verordnungsgebühr bei der Abnahme

- a) von Arznei- und Verbandmitteln für jedes verordnete Mittel 1,50 Deutsche Mark,
- b) von Hilfsmitteln vier Deutsche Mark, oder
- c) von Brillen vier Deutsche Mark,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten an die abgebende Stelle. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Heilmitteln und Brillen. Die Krankenkasse kann in Fällen, in denen über einen längeren Zeitraum Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel benötigt werden, von der Zahlung befreit werden, wenn der Versicherte zumutbar belastet würde."

5. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

"(1) Zu den Kosten für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkrone zählen die Kronenkosten Zuschüsse. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; sie dürfen für den Härtefall der Kosten nicht übersteigen. Der Kostenteil der Versicherten für zahnärztliche Leistungen ist zu mindern um den Materialwert des Zahngoldes, wenn durch die Neuanfertigung des Zahnersatzes Zahngold entbehrlich wird und in des 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 zahnärztlichen Leistungen und der zahnärztlichen Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz mitzuteilen. Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als

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

"Die Parkkosten 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 nach § 6 Abs. 1 des Bundesurlaubsgesetzes nicht begonnen oder fortsetzen können oder nicht erwerbsfähig sind. Dies gilt nicht für Kinder, deren Ehegatte oder früherer Ehegatte erwerbsfähig ist und wegen Erwerbs-, Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit, wegen Alters, wegen Arbeitslosigkeit oder wegen Teilnahme an einer Dienstleistungsmäßnahme laufende Geldleistungen aus der Sozialversicherung, nach dem Arbeitsförderungssetz oder aus der Renten- oder Sozialversicherung bezieht, es sei denn, daß er dem Kinde dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist."
- b) Absatz 3 wird gestrichlen.

12. In § 36 Satz 5 werden die Worte "der Haushalts- hilfe" gestrichlen.

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 §§ 576 und 373a der Rechtsvorschriften über die Versorgung der Versicherten mit Arznei- und Heilmitteln gelten."

Artikel 4

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. April 1958 (BGBl. I S. 315), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Juni 1979 (BGBl. I S. 623), 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:

„Abstrichs, jedoch eingeschert, verhandelt Deutsche Mark."

- b) In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichlen.
- c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

"(3) Der in Absatz 2 bezeichneten Frauen wird Mütterurlaub für die Zeit ihres Mutterschutzes bis zum 31. März des Jahres des Bundesjubiläums, Mütterurlaubsgeld 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 Schwangerschaft des Bundes, für die Abs. 1 wieder, zu Lasten des Bundes, für die Zeit gewährt, für die sie bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses Mütterurlaubsgeld erhalten könnten. Voraussetzung für den Anspruch auf Mütterurlaubsgeld nach Satz 1 und 2 ist, daß Anspruch auf Mütterurlaubsgeld nach Absatz 2 besteht. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Mütterurlaubsgeld sind entsprechend anzuwenden."

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

- a) Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Frauen, die Anspruch auf Mütterurlaubsgeld nach § 206 Reichsversicherungsordnung, § 27 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder § 17 Abs. 2 haben, erlangen für die Zeit der Schwangerschaft des § 8 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß in Höhe des Ortsrentnersbetrags zwischen 30 Deutsche Mark und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen Monatslohn der Arbeitnehmerin."

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

1. Das einheitliche Verfahren zur Berechnung der Leistungen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 der Rechtsversicherungsordnung vom 1. März 1962 zu erlassen. Sodann, daß 1. die Berechnung nach § 30 Abs. 4 Satz 1 der Rechtsversicherungsordnung nicht vorliegt, ist der Zuschuß für zahnärztliche Leistungen nach der bei Inkrafttreten dieses Gesetzes maßgebenden Berechnungsgrundlage festzusetzen.

2. Vereinbarungen über Mütterurlaubsbeträge nach § 26 Abs. 1 der Rechtsversicherungsordnung sind einträglich mit Wirkung vom 1. Juli 1982 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der

Bundesrat

**Empfehlungen
der Ausschüsse**

6. Die am 1. September 1981 vereinbarten Vergütungen für zahnärztliche Leistungen werden nach dem Auslaufen der jeweiligen vertraglichen Regelungen für zwölf Monate um 5 vom Hundert gemindert. Dies gilt auch für die zahnärztlichen 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.

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

3. Die als 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 Ausführung 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.

zum

Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz - KVEG)

Punkt 6 der 506. Sitzung des Bundesrates am 27. November 1981

A

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS) empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetz die Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes aus folgenden Gründen zu verlangen:

- 1. Zu Art. 1 Nr. 2 (§ 184 RVOL),
Art. 5 Nr. 7 (§ 17 KVLG)

In Artikel 1 und Artikel 5 ist jeweils die Nummer 7 zu streichen.

Begründung:

Die Einführung einer sog. teilstationären Krankenhauspflege, die lediglich unter einer anderen Bezeichnung im Ergebnis eine "nachstationäre Behandlung im Krankenhaus" bedeuten würde, wäre kein wirksamer Beitrag zur Kostendämpfung. Es würde hiervon ohnehin nur Gebrauch gemacht werden, wenn die Bettenkapazität zum jeweils maßgeblichen Zeitpunkt ausgelastet wäre.