

Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß)*)

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
– Drucksache 12/1154 –

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD
– Drucksache 12/1155 –

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch

Bericht der Abgeordneten Dr. Paul Hoffacker, Karl Hermann Haack (Extertal)
und Dr. Bruno Menzel

A. Allgemeiner Teil

I. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat die beiden Gesetzentwürfe in seiner 42. Sitzung am 20. September 1991 in erster Lesung beraten und dem Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und dem Ausschuß für Wirtschaft, dem Ausschuß für Familie und Senioren zur Mitberatung überwiesen. Den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Drucksache 12/1154 – hat er zusätzlich dem Haushaltsausschuß zur Mitberatung sowie gemäß § 96 GO überwiesen. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat sich gutachtlich beteiligt.

*) Die Beschlußempfehlung ist als Drucksache 12/1387 verteilt.

Der Ausschuß für Familie und Senioren empfahl in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 1991 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD – bei Stimmenthaltungen bei den Einzelabstimmungen über die Änderungsanträge – und des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste in Abwesenheit des Mitglieds der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP unter Einbeziehung der Änderungsanträge zu Artikel 1 Nr. 1 sowie Artikel 1 Nr. 8 anzunehmen und den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD abzulehnen. Ein Antrag der Fraktion der SPD, die Altersgrenze für die Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes (§ 45 Abs. 1 SGB V) auf 14 Jahre anzuheben, wurde mit der Mehrheit der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP abgelehnt.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung empfahl in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 1991 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Gruppe der PDS/Linke Liste bei Abwesenheit der Mitglieder der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 12/1155 – abzulehnen.

Der Haushaltsausschuß teilt in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 1991 mit, daß er dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD bei Abwesenheit der Mitglieder der Gruppen der PDS/Linke Liste und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zugestimmt habe. Der Haushaltsausschuß wird gemäß § 96 GO gesondert Bericht erstatten.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung der Gesetzentwürfe in seiner 13. Sitzung am 10. Oktober 1991 begonnen, in der 15. Sitzung am 16. Oktober 1991 fortgesetzt und in seiner 16. Sitzung am 28. Oktober 1991 abgeschlossen. In seiner 14. Sitzung am 16. Oktober 1991 führte der Ausschuß eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durch, bei der die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die der Leistungsanbieter vertreten waren. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten schriftlichen Stellungnahmen der Sachverständigen sowie das Stenographische Protokoll wird Bezug genommen. In der Schlußabstimmung hat der Ausschuß den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP – Drucksache 12/1154 – in der in der Beschlußempfehlung abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und der Gruppe der PDS/Linke Liste zugestimmt und den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 12/1155 – abgelehnt.

II. Zum Inhalt des Gesetzentwurfs

Bei Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes wurde angekündigt, die Auswirkungen des Gesetzes zu prüfen und notwendige Anpassungen vorzunehmen. Aufgrund der Überprüfung sieht der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP unter anderem folgende Anpassungen vor:

- Herabsetzung des Höchstbetrages der prozentualen Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel auf maximal 10 DM,
- Erleichterung bei den Vorversicherungszeiten für Pflegeleistungen durch Einführung einer Vorversicherungszeit von 15 Jahren alternativ zu der Neun-Zehntel-Regelung,
- Änderung der Härtefallklausel beim Zahnersatz durch Einführung einer stufenweisen Eigenbeteiligung,
- Klarstellung des Anspruchs auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für versicherte Kinder und

- Erweiterung des Freistellungsanspruchs zur Pflege kranker Kinder.

Der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD sieht eine Verschiebung des Inkrafttretens der prozentualen Zuzahlungsregelung um drei Jahre vor. Damit soll Zeit gewonnen werden, den GKV-Arzneimittelmarkt neu zu ordnen.

III. Zu den Beratungen im Ausschuß

Der Ausschuß stellte bei unterschiedlicher Bewertung der Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes fest, daß aus Gründen der Sozialverträglichkeit eine Reihe von Anpassungen notwendig seien. Insbesondere begrüßte der Ausschuß die Verlängerung der Bezugsdauer beim Kinderkrankengeld und die Heraufsetzung der Altersgrenze, die Neuordnung von Vorversicherungszeiten für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, die Einführung der gleitenden Härtefallregelung beim Zahnersatz sowie die Klarstellungen im sozialpädiatrischen Bereich.

Der Ausschuß war sich darüber einig, daß als Alleinerziehender nach § 45 Abs. 2 SGB V nicht nur der alleinstehende Elternteil anzusehen sei, der das Personensorgerecht habe. Vielmehr seien zur Vermeidung von Härten auch solche Fälle einzubeziehen, in denen zwar beide Elternteile das Personensorgerecht hätten, ein Elternteil aber aus beruflichen oder sonstigen Gründen (z. B. Getrenntleben, längerer Krankenhausaufenthalt, Strafvollzug) an der tatsächlichen Ausübung des Sorgerechts für längere Zeit gehindert ist.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP hoben hervor, daß das Gesundheitsreformgesetz zu großen Einsparungen bei den Krankenkassen und zu erheblichen Beitragsentlastungen für die Versicherten geführt habe und die Reform insgesamt als Erfolg zu werten sei. Die schon bei der Verabschiedung des Gesetzes angekündigte Überprüfung der Auswirkungen habe ergeben, daß in einigen Bereichen Novellierungsbedarf bestehe.

Zu diesen Bereichen gehöre vor allem die vorgesehene prozentuale Zuzahlungsregelung für nichtfestbetragsgeregelte Arznei- und Verbandmittel. Entsprechend einem von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten Änderungsantrag soll der Zeitpunkt des Inkrafttretens der prozentualen Zuzahlungsregelung vom 1. Januar 1992 auf den 1. Oktober 1992 verschoben werden. Damit habe die Selbstverwaltung die Möglichkeit, bis zu diesem Zeitpunkt noch weitere Festbetragsregelungen zu schaffen. Eine mit weitreichenden Sozialklauseln flankierte Selbstbeteiligung sei wichtig, um den Versicherten in die Verantwortung für einen sparsamen und wirtschaftlichen Umgang mit Arznei- und Verbandmitteln einzubinden.

Den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 12/1155 –, der eine Verschiebung des Inkrafttretens der prozentualen Zuzahlungsregelung um drei Jahre vorsieht, lehnten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ab.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP stellten heraus, die Anhörung habe deutlich gemacht, daß die vorgesehene generelle Anhebung der Einkommensgrenzen bei der Härtefallregelung im Beitrittsgebiet zu bedeutendem Mehraufwand in der gesetzlichen Krankenversicherung führen würde. Deshalb sollen entsprechend dem von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten Änderungsantrag die in den alten Bundesländern geltenden höheren Einkommensgrenzen ab dem 1. Oktober 1992 nur für die Härtefallregelung nach § 61 SGB V und ausschließlich für Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln zugrunde gelegt werden. Für Zuzahlungen zu Heilmitteln, Fahrkosten, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Zahnersatz solle es bei der gegenwärtig geltenden Einkommensgrenze bleiben, denn die Preise für diese Leistungen lägen unter denen im alten Bundesgebiet, bei Zahnersatz z. B. betrage der Unterschied 30 v. H.

Der Antrag der Fraktion der SPD, in die §§ 43 a und 119 SGB V jeweils nach dem Wort „sozialpädiatrische“ das Wort „neuropsychiatrisch“ einzusetzen, lehnten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP unter dem Hinweis darauf ab, daß diese Leistungen schon nach geltendem Recht in dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten seien.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sahen sich durch die Beratungen und die Sachverständigenanhörung anlässlich der Novellierung des SGB V in ihrer Auffassung bestätigt: Die Gesundheitsreform aus dem Jahre 1988 sei gescheitert. Das gelte insbesondere für ihre Kernstücke: das Festbetragskonzept und die Selbstbeteiligung. Das Kostendämpfungsziel sei weit verfehlt worden: Die Krankenversicherung erwarte ein Defizit von voraussichtlich über 10 Milliarden DM allein im Jahre 1992.

Die Regelung des SGB V, ab 1992 eine 15%ige Zuzahlung bis zu maximal 15 DM einzuführen, sei von der Vorstellung ausgegangen, daß bis zu diesem Zeitpunkt der weitaus größte Teil, nämlich ca. 80 v. H., des Pharmamarktes mit *Festbeträgen* versehen sei. Dieses Ziel sei nicht eingetreten. Bis Ende 1991 würden nur ca. 30 v. H. der Arzneimittel durch Festbeträge erfaßt sein. Das bedeute, daß der weitaus größte Teil des Medikamentenmarktes mit einer Zuzahlung belegt sein werde.

Die SPD habe bereits im Zuge der Konzeption des SGB V die *Erhöhung der Zuzahlung* abgelehnt, da hiervon eine Steuerungswirkung bei Arzneimitteln generell nicht nachweisbar sei und vorwiegend multimorbide und ältere Patienten belastet würden. Der von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vorgelegte Gesetzentwurf zur Novellierung des SGB V werde hieran nichts entscheidend verändern. Die wesentliche Änderung gegenüber der derzeit noch im Gesetz fixierten Regelung bestehe in der Absenkung der Maximalzuzahlung von 15 DM je Medikament auf 10 DM je Medikament. Damit würden jedoch nur Belastungsspitzen im Einzelfall gemildert. Die Steuerungswirkung bleibe unverändert zweifelhaft.

Die Expertenanhörung im Gesundheitsausschuß am 10. Oktober 1991 habe diese Auffassung belegt:

Die Zuzahlungsbelastung steige für die Versicherten mit rund 60 v. H. gravierend an. Insbesondere Rentnern werde im Durchschnitt eine erheblich stärkere Zusatzbelastung aufgebürdet werden als den aktiven Versicherten. Während die durchschnittliche Belastung eines AKV-Versicherten sich lediglich von rund 16,40 DM auf rund 23,35 DM pro Jahr erhöhe, werde die Durchschnittsbelastung in der KVdR von rund 47,90 DM auf rund 75,80 DM, also um rund 60 v. H. ansteigen.

Multimorbide Patienten würden von dieser Regelung zum Teil noch massiver betroffen. Anschaulich gemacht worden sei dies in der Anhörung durch die Darstellung eines Falles: Ein Patient, der in Dauertherapie auf Insulin, ein festbetragsfreies Bluthochdruckmittel, und einen neuartigen Lipidsenker angewiesen sei, benötige damit bereits rund 25 bis 30 Arzneimittelpackungen im Jahr, die allesamt mit dem Maximalbetrag von 10 DM belastet sein könnten. Seine Belastung nur aus diesen drei Dauertherapie-Arzneimitteln summiere sich dann also auf rund 400 DM pro Jahr. Dieser Belastung werde der Patient nicht ausweichen können, weil ihm zuzahlungsfreie Auswahlalternativen nicht zur Verfügung ständen.

Insgesamt werde sich bei dieser Neuregelung die Belastung der Versicherten auf rund 1,9 Mrd. DM summieren, also auf rund 600 Mio. DM mehr als unter der derzeit geltenden 3 DM-Rezeptgebühr (Stellungnahme Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen).

Die Sachverständigen hätten auch deutlich gemacht, daß dieser Mehrbelastung der Versicherten keine entsprechenden Minderausgaben der GKV gegenüberständen. Die Krankenversicherung habe demgegenüber erhebliche zusätzliche Aufwendungen wegen der vermehrten Prüfung von Einkommensnachweisen zu leisten.

Der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD, der ein Festhalten an der derzeit geltenden Rezeptgebühr von 3 DM je Medikament im festbetragsfreien Markt für die Dauer von drei Jahren vorsehe, habe die einhellige Zustimmung der Experten gefunden. Er würde zum einen die oben geschilderten grundsätzlichen Probleme der prozentualen Selbstbeteiligung im festbetragsfreien Markt beseitigen und gäbe zum anderen genügend Zeit für eine grundlegende Umstrukturierung des Arzneimittelmarktes.

Die Koalition habe sich bei ihrem Gesetzentwurf allerdings nur zu einer neunmonatigen (bis 30. September 1992) Verschiebung der prozentualen Selbstbeteiligungsregelung durchringen können. Diese Koalitionsentscheidung sei offensichtlich vor dem Hintergrund der anstehenden Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg und der immer größer werdenden Schwierigkeiten der Koalitionspartner, sich auf eine Linie in der Gesundheitspolitik zu einigen, gefallen. Für eine grundlegende Strukturreform des Gesundheitswesens, bei der auch der Arzneimittelmarkt auf andere Weise neu geordnet werde als durch gescheiterte Festbeträge und Zuzahlungen, sei nach Auffassung der SPD jedoch ein dreijähriges Selbstbeteiligungsmoratorium notwendig.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD legten außerdem besonderen Wert auf den von ihr vorgelegten Sterbegeld-Antrag: Hiernach solle für versicherte Kinder, die vor Vollendung des 1. Lebensjahres sterben, entsprechend einer Petition Sterbegeld eingeführt werden. Die Kostenbelastung für die Krankenversicherung wäre marginal. Die Mitglieder der Fraktion der SPD wiesen mit Nachdruck die Argumentation der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zurück, schwangeren Frauen statt dessen den Abschluß einer Sterbegeld-Versicherung zumuten zu wollen.

B. Besonderer Teil

Soweit die Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf dessen Begründung verwiesen.

Zur Begründung der vom Ausschuß für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen des Gesetzentwurfs ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 01 Buchstaben a und b

Nach der Vereinigung Deutschlands umfaßt die Bundesrepublik Deutschland das ganze Deutschland. Damit sind Regelungspassagen, die darauf abstellen, daß einerseits die deutsche Hoheitsgewalt nicht das Gebiet der Deutschen Demokratischen Republik umfaßt und andererseits die Deutsche Demokratische Republik im Verhältnis zur Bundesrepublik Deutschland nicht als Ausland anzusehen sei, überflüssig geworden. Die Änderung paßt den Gesetzestext an die durch den Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik geschaffene Rechtslage an.

Zu Nummer 01 Buchstabe c

Die Vorschrift regelt die Rangfolge der Versicherungspflicht von Behinderten, die in anerkannten Werkstätten an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen. Die Änderung dient der rechtlichen Klarstellung und berücksichtigt die mit dem Renten-Überleitungsgesetz in der Rentenversicherung bereits erfolgte Änderung des § 3 SGB VI.

Zu Nummern 02 bis 06

Siehe Begründung zu Nummer 01 Buchstaben a und b.

Zu Nummer 07

Nach einer organisatorischen Änderung der Zuständigkeiten innerhalb der Bundesregierung ist der Bundesminister für Gesundheit für die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Außerdem ist der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit weggefallen; seine Zuständigkeiten sind auf andere Ressorts übergegangen.

Zu Nummer 1

Die Verschiebung der prozentualen Zuzahlung auf den 1. Oktober 1992 soll dem Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen die Möglichkeit geben, weitere Arzneimittelgruppen für Festbeträge zu bilden. Die feste Zuzahlung von 3 DM je Mittel soll aus Gründen der Sozialverträglichkeit bis zum 30. September 1992 weitergeführt werden.

Zu Nummer 1 a

Siehe Begründung zu Nummer 07.

Zu Nummer 1 b

Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist zweckmäßiger, da er in kürzeren Abständen als das Bundesarbeitsblatt erscheint.

Zu Nummern 4 a bis 4 e

Siehe Begründungen zu Nummer 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 07.

Zu Nummer 5 a

Siehe Begründung zu Nummer 01 Buchstaben a und b.

Zu Nummern 6 a bis 6 f

Siehe Begründungen zu Nummer 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 07 bzw. 1 b.

Zu Nummern 7 a bis 7 q

Siehe Begründungen zu Nummer 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 07 bzw. Nummer 1 b.

Zu Nummer 8 Buchstabe a

Paralleländerung für die neuen Bundesländer zu Artikel 1 Nr. 1.

Zu Nummer 8 Buchstabe b

Die Ergänzung des Absatzes 11 bewirkt, daß im Interesse einer besseren Sozialverträglichkeit bei den ab 1. Oktober 1992 geltenden prozentualen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln im Rahmen der Härtefallklausel des § 61 SGB V die für die alten Bundesländer geltenden höheren Grenzwerte auch in den neuen Bundesländern anzuwenden sind. Die Arzneimittelpreise und damit die Belastung der Versicherten durch die prozentuale Zuzahlung sind im Beitrittsgebiet und im übrigen Bundesgebiet nämlich gleich

hoch. Für die übrigen Zuzahlungen bleibt es beim bisher geltenden Recht, wonach für die Härtefallregelung (§§ 61 und 62 SGB V) die im Beitrittsgebiet geltenden – niedrigeren – Grenzwerte maßgebend sind. Denn die Preise für die ihnen zugrundeliegenden Leistungen (z. B. Zahnersatz) und damit grundsätzlich auch die Zuzahlungen sind im Beitrittsgebiet niedriger als im übrigen Bundesgebiet.

Zu Nummer 8 a

Siehe Begründung zu Nummer 07.

Zu Artikel 1 a

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 2.

Zu Artikel 1 b

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 2.

Zu Artikel 1 c

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 4.

Zu Artikel 1 d

Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen (Artikel 1 Nr. 3 – § 43 a SGB V) sollen auch in das soziale Entschädigungsrecht eingeführt werden. Aus § 11 Abs. 1 Satz 2 BVG ergibt sich, daß diese Leistungen nach Anlaß, Umfang und Voraussetzungen wie nach dem neuen § 43 a SGB V zu erbringen sind. Nach § 18 c Abs. 1 Satz 3 BVG sind sie für die Versorgungsverwaltung von den Krankenkassen zu erbringen. Mit der Einordnung dieser neuen Leistungen in § 11 Abs. 1 BVG wird dem Unterschied zu den Früherken-

nungsleistungen Rechnung getragen, auf die nach § 10 Abs. 6 BVG Berechtigte unter den Voraussetzungen von § 10 Abs. 2, 4 und 5 BVG Anspruch haben.

Zu Artikel 1 e

Siehe Begründung zu Artikel 1 Nr. 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 1 b.

Zu Artikel 1 f

Siehe Begründung zu Artikel 1 Nr. 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 1 b.

Zu Artikel 2

Siehe Begründung zu Artikel 1 Nr. 01 Buchstaben a und b bzw. Nummer 07.

Zu Artikel 2 a

Siehe Begründung zu Artikel 1 Nr. 07.

Zu Artikel 2 b

Siehe Begründung zu Artikel 1 Nr. 07.

Zu Artikel 2 c

Die Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung und Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

Bonn, den 28. Oktober 1991

Dr. Paul Hoffacker

Karl Hermann Haack (Extertal)

Dr. Bruno Menzel

Berichterstatter



