

## Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

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

#### A. Problem

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

#### B. Lösung

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

- Reduzierung der Beitragssätze,
- Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus mit Hilfe der Pflegeversicherung,
- Erhöhung der Zuzahlung zu Arzneimitteln,
- Wegfall des Kassenanteils für Brillenfassungen,
- Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz und Klarstellungen der Leistungspflicht bei Zahnbehandlung,
- Änderungen bei stationären Kuren,

- Absenkung des Krankengeldes um 10 %,
- Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung.

Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1996 kurzfristig festzuschreiben und mit Wirkung vom 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte zu reduzieren. Hierdurch können das Beitragssatzniveau der sozialen Krankenversicherung von gegenwärtig 13,4 % auf 13,0 % gesenkt und damit Arbeitnehmer und Betriebe gleichermaßen entlastet werden.

### **C. Alternativen**

Keine

### **D. Kosten**

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

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

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

#### Gesetz zur Beitragsentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung

##### § 1

##### Beitragsfestschreibung

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

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

##### § 2

##### Beitragsverminderung

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

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

### Artikel 2

#### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 11 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird gestrichen.

b) In Nummer 2 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „20“ ersetzt.

2. In der Überschrift des Dritten Abschnitts werden die Wörter „zur Förderung der Gesundheit und“ gestrichen.

3. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„§ 20

Schutzimpfungen

Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.“

4. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Zahl „vier“ durch die Zahl „drei“, der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt: „es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“

bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 39 Abs. 4“ durch die Angabe „§ 40 Abs. 5“ ersetzt.

5. § 24 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

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

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

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

7. § 30 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

8. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen vier Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen sechs Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen acht Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.“

b) In Absatz 4 wird Satz 1 gestrichen.

9. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.“

b) Absatz 4 Satz 1 wird gestrichen.

10. § 36 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

11. § 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Zahl „11“ durch die Zahl „12“ ersetzt.

b) Satz 3 wird gestrichen.

12. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Zahl „vier“ durch die Zahl „drei“ und der Punkt durch ein Komma ersetzt sowie folgender Satzteil angefügt: „es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.“

bb) In Satz 2 wird die Zahl „drei“ durch die Zahl „vier“ ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.“

c) Folgender Absatz wird angefügt:

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

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

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

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

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

b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

15. § 310 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

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

### Artikel 3

#### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

„Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Budgets nach § 12 der Bundespflegeverordnung sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden; dabei ist für die Jahre 1997 bis

1999 jeweils mindestens 1 vom Hundert des um Ausgleiche und Zuschläge bereinigten Budgetbetrags, wie er ohne Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde, abzuziehen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung wird in den Jahren 1997 bis 1999 der Rechnungsbetrag um 1 vom Hundert gekürzt.“

#### **Artikel 4**

#### **Übergangsregelungen**

##### **§ 1**

#### **Versorgung mit Zahnersatz**

Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind und deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz vor dem 1. Januar 1997 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten für Zahnersatz nach dem am 31. Dezember 1996 geltenden Recht, wenn die Krankenkasse

vor dem ... [Tag der dritten Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag] ... über den Anspruch entschieden hat.

##### **§ 2**

#### **Anpassung laufender Krankengeldzahlungen**

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

#### **Artikel 5**

#### **Inkrafttreten**

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

Bonn, den 10. Mai 1996

**Dr. Wolfgang Schäuble, Michael GlöS und Fraktion**  
**Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion**

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Handlungsbedarf und Zielsetzung

Die Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland hat mit einer Zahl von mehr als 4 Mio. Personen ein Ausmaß erreicht, das gesellschafts- und sozialpolitisch inakzeptabel ist und zudem die wirtschaftlichen Fundamente unseres Sozialstaats gefährdet. Der Grund für die hohe Arbeitslosigkeit liegt insbesondere in der schwierigen Position der deutschen Betriebe in einem verschärften internationalen Wettbewerb vor dem Hintergrund einer Globalisierung der Märkte. Die Gefährdung des Wirtschaftsstandorts Deutschland ist insbesondere auf ein hohes Niveau von Steuern und Sozialversicherungsabgaben zurückzuführen, von denen Unternehmen und private Haushalte gleichermaßen betroffen sind.

Die Bundesregierung hat zu Beginn des Jahres 1996 mit dem 50-Punkte-Aktions-Programm für Investitionen und Arbeitsplätze ein Gesamtkonzept zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Betriebe beschlossen. Dieses Gesamtkonzept wurde durch das von den Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. am 25. April 1996 beschlossene „Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung“ konkretisiert und weiterentwickelt. Ziel dieses Programms ist es, mehr Wachstumsdynamik in der deutschen Volkswirtschaft zu ermöglichen, zusätzliche Arbeitsplätze zu schaffen und die wirtschaftlichen Fundamente unseres Sozialstaats dauerhaft zu sichern.

Um den Spielraum hierfür zu gewinnen, sollen bis zum Jahr 2000 die Staatsquote wieder auf rd. 46 v. H. des Bruttoinlandsprodukts (Stand vor der Deutschen Einheit) und die Summe der Sozialversicherungsbeiträge auf unter 40 v. H. zurückgeführt werden.

Die im Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung beschlossenen Maßnahmen im Bereich der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der Krankenversicherung setzen die Rahmenbedingungen für eine Konsolidierung der Sozialversicherungshaushalte und die vorgesehene Reduzierung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags.

Zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus und zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1996 hat die Bundesregierung bereits eine Reihe wichtiger Maßnahmen eingeleitet:

- Für den Krankenhausbereich wird mit dem „Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996“ sichergestellt, daß die Ausgaben für stationäre Behandlung in diesem Jahr nicht stärker steigen dürfen als die linearen Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst. Damit wird für den größten Ausgabenbereich der sozialen Krankenversiche-

rung, der aufgrund zahlreicher im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehene Ausnahmeregelungen in den letzten drei Jahren mehr als doppelt so stark gestiegen ist wie die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, eine wirksame Ausgabenbegrenzung gewährleistet.

- Für die übrigen zentralen Ausgabenbereiche der sozialen Krankenversicherung hat die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unter Vorsitz des Bundesministers für Gesundheit am 14. September 1995 im Konsens aller Beteiligten ausgabenbegrenzende Empfehlungsvereinbarungen beschlossen, die eine weitgehende Orientierung an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen vorsehen. Die Bundesregierung geht davon aus, daß diese Empfehlungen konsequent umgesetzt werden und deshalb auch von diesen Bereichen im Jahr 1996 keine beitragsatzsteigernden Wirkungen ausgehen. Im Arzneimittelbereich, in dem keine gemeinsame Empfehlung der Konzertierten Aktion zustande kam, stellen die auch weiterhin geltenden Arzneimittelbudgets eine Ausgabenbegrenzung sicher.

Um auch über das Jahr 1996 hinaus die Voraussetzungen für eine Ausgabenbegrenzung und Stabilisierung des Beitragssatzniveaus zu schaffen, haben die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung mit den vom Deutschen Bundestag beschlossenen „Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Drucksache 13/3608) sowie dem „Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997“ (Drucksache 13/3062) entscheidende Regelungen in die parlamentarischen Beratungen eingebracht.

Diese Gesetze eröffnen der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern mehr Gestaltungsspielraum im Vertrags- und Leistungsreich zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Gleichzeitig werden die Finanzverantwortung der Krankenkassen gestärkt und die Voraussetzungen für Beitragssatzerhöhungen erheblich erschwert. Allerdings reichen die bislang vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen nicht aus, um die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren und damit den notwendigen Beitrag zur Absenkung des gesamten Beitragssatzniveaus in der Sozialversicherung bis zum Jahr 2000 zu leisten.

Aus diesem Grund sieht dieses Gesetz eine Reihe zusätzlicher Maßnahmen vor, um

- den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung in bestimmten Bereichen auf das medizinisch Notwendige und sozialpolitisch Erforderliche zu konzentrieren,
- die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und

- zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven im System der sozialen Krankenversicherung auszuschöpfen.

Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1996 kurzfristig festzuschreiben und mit Wirkung vom 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte zu reduzieren. Hierdurch können das Beitragssatzniveau der sozialen Krankenversicherung von gegenwärtig 13,4 v. H. auf 13,0 v. H. gesenkt und damit Arbeitnehmer und Betriebe gleichermaßen entlastet werden.

## II. Schwerpunkte des Gesetzes

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

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

Mit dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung und der damit verbundenen solidarischen Finanzierung der stationären Pflege ab 1. Juli 1996 werden die Krankenhäuser schrittweise von den derzeitigen Fehlbelegungen mit Pflegefällen entlastet. Das von Bundestag und Bundesrat beschlossene Pflegeversicherungsgesetz geht in diesem Zusammenhang von einer zu realisierenden mittelfristigen finanziellen Entlastung der sozialen Krankenversicherung von 2,7 Mrd. DM aus. Die in diesem Gesetz vorgesehenen Regelungen stellen sicher, daß der vorgesehene Einspareffekt, der aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklung im Krankenhausbereich auf 2,4 Mrd. DM korrigiert werden muß, stufenweise bis zum Jahr 1999 realisiert wird. Dafür wird eine jeweils einprozentige Absenkung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 vorgesehen.

### 2. Erhöhung der Zuzahlung zu Arzneimitteln

Mit der Anhebung der mengenabhängigen Arzneimittelzuzahlung von bisher 3,- DM, 5,- DM, 7,- DM auf künftig 4,- DM, 6,- DM und 8,- DM wird eine angemessene Veränderung der seit 1993 nicht mehr angepaßten Zuzahlungsbeträge erreicht. Die bisherigen Härtefallregelungen gelten weiter und sorgen dafür, daß Kinder sowie Bezieher niedriger Einkünfte auch weiterhin von Zuzahlungen befreit und chronisch Kranke vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt bleiben. Auch nach dieser Zuzahlungserhöhung bleibt das Zuzahlungsvolumen in der Bundesrepublik Deutschland niedriger als in fast allen europäischen Ländern und anderen vergleichbaren Industrienationen. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die mit der Zuzahlungsanhebung verbundenen Minderausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in vollem Umfang bei der Vereinbarung von Arzneimittelbudgets angerechnet werden, um das vorgesehene Einsparpotential von jährlich 700 Mio. DM zu realisieren.

### 3. Wegfall des Kassenanteils für Brillenfassungen

Mit dem Wegfall des bisher gewährten Zuschusses zum Brillengestell in Höhe von 20 DM wird die Solidargemeinschaft wirksam entlastet, der einzelne Versicherte jedoch nicht in unzumutbarer Weise belastet. Im Durchschnitt wurde dieser Zuschuß bei Brillenträgern alle drei bis vier Jahre gewährt, auch wenn der tatsächliche, vom Versicherten gezahlte Preis des Brillengestells ein Vielfaches des gewährten Zuschusses beträgt. Für Brillengläser übernehmen die Krankenkassen auch weiterhin die Kosten in Höhe der festgelegten Festbeträge.

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

Der Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte der Geburtsjahrgänge 1979 und jünger trägt dem Tatbestand Rechnung, daß sich Zahnersatz durch regelmäßige Mundhygiene und die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen weitgehend vermeiden läßt. Seit 1989 finanzieren die Krankenkassen für Kinder und Jugendliche Gruppen- und Individualprophylaxe. Die Individualprophylaxe sieht für Kinder und Jugendliche bis zum 20. Lebensjahr die Möglichkeit einer zahnärztlichen Untersuchung zur Verhütung von Zahnerkrankungen vor. Bei Bedarf können diese Untersuchungen mit weiteren zielgerichteten Maßnahmen verbunden werden. Darüber hinaus enthält der Leistungskatalog der GKV seit 1993 auch die Möglichkeit einer Fissurenversiegelung der Backenzähne zur Vermeidung von Karies. Für heute 18jährige und Jüngere ist daher der Zahnersatz bis auf einige Ausnahmen, die auch weiterhin bezuschußt werden sollen, weitgehend vermeidbar. Langfristig führen regelmäßige Zahnpflege und prophylaktische Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen dazu, daß der Zahnersatz für Versicherte weitgehend vermeidbar und deshalb als solidarisch finanzierte Leistung der GKV verzichtbar wird.

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

### 5. Änderungen bei stationären Kuren

Die Ausgaben für Kuren in der gesetzlichen Krankenversicherung sind von 1992 bis 1995 von 3,4 auf 5,1 Mrd. DM, d. h. um 50 v. H. gestiegen. Diese Ausgabenexplosion ist medizinisch nicht zu erklären. Der Gesetzentwurf sieht deshalb eine Reihe von Maßnahmen vor, um stationäre Kuren auf das medizinisch Notwendige zu begrenzen und die für den Erfolg einer Kur unverzichtbare Mitwirkung der Versicherten sicherzustellen. Im einzelnen sind deshalb vorgesehen:

- eine Verkürzung der Regelkurdauer von vier auf drei Wochen

- eine Verlängerung des Wiederholungsintervalls bei Kuren von drei auf vier Jahre
- eine Anhebung der Zuzahlung bei Kuren von 12 auf 25 DM in den alten bzw. von 9 auf 20 DM in den neuen Ländern.

Außerdem sollen durch das vorgesehene „Arbeitsrechtliche Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung“ bei Arbeitnehmern zwei Kurtage je Kurwoche auf den Urlaub angerechnet werden.

Anschlußheilbehandlung und Mütterkuren werden von der Anhebung der Zuzahlung ausgenommen. Damit wird der besonderen medizinischen und sozialpolitischen Bedeutung dieser Maßnahmen Rechnung getragen.

#### 6. Absenkung des Krankengeldes um 10 %

Mit der Absenkung des Krankengeldes von bisher 80 auf zukünftig 70 v. H. des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts erfolgt eine sozialpolitisch vertretbare Absenkung, die als eine maßvolle Abstufung zwischen Arbeitslohn- und Lohnersatzleistung gerechtfertigt erscheint. Durch diese Reduzierung wird zudem eine Angleichung an das Niveau der Lohnersatzleistungen anderer Sozialversicherungszweige hergestellt. Das im Vergleich zu anderen Lohnersatzleistungen bislang deutlich höhere Krankengeld hatte auch häufig einen Anreiz für Versicherte und Arbeitgeber, auf eine Verlängerung der Bezugszeit z. B. vor Eintritt in die Rente oder in den Vorruhestand hinzuwirken. Ein Indiz für solche Anreize ist auch die Ausgabenentwicklung beim Krankengeld, dessen Finanzvolumen in den beiden letzten Jahren von 13,3 Mrd. DM (1993) auf 18,4 Mrd. DM (1995), d. h. um ca. 38 v. H. gestiegen ist, während der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen im gleichen Zeitraum lediglich 3,1 v. H. betrug.

#### 7. Herausnahme der Gesundheitsförderung aus der hälftigen Beitragsfinanzierung

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung sind 1992 bis 1995 von ca. 0,6 Mrd. DM auf 1,3 Mrd. DM gestiegen und haben sich somit mehr als verdoppelt. Heute werden unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung häufig eine Vielzahl von Marketingaktivitäten aus solidarischen Pflichtbeiträgen finanziert, die primär der Werbung der jeweiligen Krankenkasse und weniger der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Zahlreiche Beispiele solcher Aktivitäten der verschiedensten Krankenkassen und Kassenarten haben in der Öffentlichkeit zu Recht immer wieder Kritik hervorgerufen und die Berechtigung einer solidarischen Finanzierung solcher Maßnahmen in Frage gestellt. Mit der Ausgrenzung dieser Leistungen aus der hälftigen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu tragenden Beitragsfinanzierung wird ein wichtiger Schritt zur Begrenzung des Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen auf medizinisch notwendige Maßnahmen getan. Die medizinisch bedeutsamen Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention (Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bei Schwangerschaft, Kindern und Krebs, der „Gesundheits-check-up“, die zahnmedizinische Prophylaxe sowie Schutzimpfungen

sind nicht betroffen und bleiben in vollem Umfang erhalten.

Es ist beabsichtigt, im Rahmen des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ eine Regelung zu treffen, nach der Krankenkassen die ausgeschlossenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Satzungsleistungen anbieten können, jedoch im Rahmen eines Sonderbeitrags, der ausschließlich von den Versicherten aufzubringen ist.

#### 8. Reduzierung der Beitragssätze

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen ausgabenbegrenzenden und ausgabenreduzierenden Maßnahmen ermöglichen gemeinsam mit der im Zusammenhang der Konsolidierung der Rentenfinafinzen beabsichtigten Verpflichtung der Arbeitgeber, Sozialversicherungsbeiträge bei Lohnzahlungen künftig innerhalb von zehn Tagen zu entrichten, ein Einsparpotential in einer Größenordnung von ca. 0,4 Beitragssatzpunkten. Um diesen Anteil werden die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen zum 1. Januar 1997 abgesenkt. Zugleich wird mit diesem Gesetz sichergestellt, daß im Jahr 1996 keine bis zum 10. Mai 1996 von den Aufsichtsbehörden noch nicht genehmigten Beitragssatzanhebungen mehr möglich sind. Auf diese Weise werden das Beitragssatzniveau kurzfristig stabilisiert und Vorzieheffekte mit Blick auf die zum 1. Januar 1997 vorgesehene Beitragsabsenkung verhindert.

Für die Selbstverwaltung der Krankenkassen besteht ab 1997 die Möglichkeit, unter den im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorgesehenen erschwerten Voraussetzungen Beitragserhöhungen vorzunehmen. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die Krankenkassen sich dabei ihrer erhöhten Finanzverantwortung bewußt sind und die vorhandenen Möglichkeiten der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Sinne einer Stabilisierung des niedrigeren Beitragssatzniveaus in vollem Umfang nutzen werden.

### B. Besonderer Teil

#### Zu Artikel 1 (Beitragsentlastungsgesetz)

##### Zu Nummer 1 (§ 1)

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes sowie durch die Auswirkungen im Zusammenhang mit den Sparmaßnahmen bei der Rentenversicherung ergibt sich für die Krankenversicherung ein entlastendes Finanzvolumen in einer Größenordnung von rd. 7,5 Mrd. DM; dies entspricht etwa 0,4 Beitragssatzpunkten. Die Neuregelung stellt sicher, daß bis Ende 1996 keine Beitragserhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden. Danach liegt die Beitragsgestaltung voll in der Kompetenz der Selbstverwaltung, wie in der 3. Stufe der Gesundheitsreform vorgesehen. Die Vorschrift stellt auch sicher, daß im Jahr 1996 Beitragserhöhungen, die erst nach dem 1. Januar 1997 wirksam werden, nicht beschlossen werden können. Damit wird ein Umgehen der neuen verschärften Voraussetzungen



(Dreiviertelmehrheit), das bei Anwendung der alten Mehrheitserfordernisse möglich wäre, verhindert. Auch Beitragserhöhungen durch Anordnungen seitens der Aufsichtsbehörden werden ausgeschlossen.

*Zu Nummer 2 (§ 2)*

Die Vorschrift bewirkt eine Beitragssenkung um 40 Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen kraft Gesetzes und stellt damit sicher, daß die durch dieses Gesetz erreichten Einsparungen den Beitragszahlern auch tatsächlich zugute kommen. Ein Krankenkassenbeitragssatz von z. B. 14,2 v. H. würde zum 1. Januar 1997 auf 13,8 v. H., einer von 12,6 v. H. auf 12,2 v. H. gesenkt.

**Zu Artikel 2** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

*Zu Nummer 1 (§ 11)*

Folgeänderung zur Neufassung des § 20.

*Zu Nummer 2* (Überschrift des Dritten Abschnitts):

Folgeänderung zur Neufassung des § 20.

*Zu Nummer 3 (§ 20)*

Die Neuregelung streicht Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Leider werden heute unter dem Vorwand der Gesundheitsförderung häufig auch eine Vielzahl von Marketingaktivitäten entwickelt, die in Wirklichkeit eher der Werbung für die jeweilige Krankenkasse als der Prävention dienen. Solidarisch aufgebrauchte Beitragsmittel müssen auf medizinisch sinnvolle Leistungen begrenzt werden. Reine Freizeitgestaltung (z. B. Aerobic, Indoor-Climbing, Bauchtanz) ist nicht akzeptabel, zumal die Ausgaben für Gesundheitsförderung von 1992 bis 1995 von ca. 0,6 Mrd. DM auf 1,3 Mrd. DM gestiegen sind. Die Leistungen der Krankenkassen werden auf die Bereiche konzentriert, für die eine solidarische Finanzierung aus Beitragsmitteln notwendig ist.

Die wichtigen Bereiche zur Verhütung von Krankheiten (Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bei Schwangeren, für Kinder und bei Krebs, Gesundheits-Check-up, zahnmedizinische Prophylaxe und Schutzimpfungen) werden nicht angetastet.

Es ist beabsichtigt, im Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz-GKVWG – Drucksache 13/3608) eine Regelung zu treffen, nach der die Krankenkassen die ausgeschlossenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als Satzungsleistungen anbieten können, deren Finanzierung über einen gesonderten Beitrag allein der Versicherten erfolgen muß.

*Zu Nummer 4 (§ 23)*

Wegen der veränderten Kurmittel und Kurmethoden ist es gerechtfertigt, die Regeldauer einer Kur von vier Wochen auf drei Wochen und den Anspruch auf eine Kur alle drei Jahre auf alle vier Jahre zu begren-

zen. Ausnahmen sind bei Vorliegen besonderer medizinischer Voraussetzungen möglich.

*Zu Nummer 5 (§ 24)*

Wegen der besonderen sozialpolitischen Aufgabenstellung von Vorsorgekuren für Mütter orientiert sich die Zuzahlung weiterhin an der Höhe der Krankenhauszuzahlung; vgl. im übrigen Begründung zu § 40.

*Zu Nummer 6 (§ 28)*

Die Regelung konkretisiert die Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zur zahnärztlichen Behandlung. Implantologische Leistungen und die dazugehörige Suprakonstruktion (implantatgetragener oder implantatgestützter Zahnersatz) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sind bisher außervertragliche Leistungen und gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein entsprechender Antrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, diese Leistungen bei vorliegenden spezifischen Indikationen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, ist vor einigen Jahren vom zuständigen Ausschuß für neue Untersuchungs- und Heilmethoden der Zahnärzte und Krankenkassen abgelehnt worden. Gleichwohl haben Krankenkassen diese Leistungen ohne Rechtsgrundlage übernommen oder Zuschüsse dazu gezahlt. Eine ähnliche rechtswidrige Leistungsgewährung bei außervertraglichen Leistungen gibt es bei Inlays oder Onlays. Diese Problematik wird jedoch bereits im 8. SGB V-Änderungsgesetz (Drucksache 13/3695) geregelt.

Die Vorschrift schreibt nunmehr ausdrücklich vor, daß diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Für sie gibt es alternative Behandlungsmöglichkeiten, die in der Regel wesentlich wirtschaftlicher sind. Die Regelung stellt somit sicher, daß im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keine dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechende Überbehandlung oder Überversorgung stattfindet. Sollte eine Krankenkasse dennoch Zuschüsse zu den ausgeschlossenen Leistungen zahlen oder die gesamten Behandlungskosten übernehmen, käme die Haftungsregelung des § 12 Abs. 3 SGB V zum Tragen.

*Zu Nummer 7 (§ 30)*

Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und vielfältiger internationaler praktischer Erfahrungen ist Zahnersatz grundsätzlich durch entsprechende Eigenvorsorge und präventiv orientiertes zahnmedizinisches Handeln vermeidbar. Voraussetzungen hierfür sind eine flächendeckende prophylaktische Betreuung im Kindheits- und Jugendalter und entsprechende präventive Betreuungskapazitäten für Erwachsene. In verschiedenen Bundesländern werden seit langem gruppenprophylaktische Programme durchgeführt. Außerdem hat der Bundesgesetzgeber mit dem Gesundheits-Reformgesetz (1988) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) insbesondere für Kinder und Jugendliche ein weiteres umfangreiches Bündel an prophylaktischen Maßnahmen eingeführt.

Diese verstärkten präventiven Bemühungen haben zu einer deutlichen Verbesserung der Mundgesundheit geführt. Dadurch konnten sowohl der konservierende als auch der prothetische Behandlungsbedarf erheblich gesenkt werden. Die Vorschrift sieht deshalb für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren wurden, eine Streichung des Anspruchs auf einen Kostenzuschuß zur Versorgung mit Zahnersatz vor.

Allerdings gibt es auch Fälle, in denen Zahnersatz trotz optimaler Eigenvorsorge und zahnmedizinischer Betreuung unvermeidbar ist. Hierzu zählen.

1. die Behandlung unverschuldeter und als Folge von Allgemeinerkrankungen auftretender Veränderungen in der Mundhöhle,
2. die Behandlung unfallbedingter Schäden und
3. die Behandlung schwerer Geburtsgebrechen.

Um diesen Fällen gerecht zu werden, sieht die Regelung Ausnahmen bei Unfällen, Mißbildungen und schweren Allgemeinerkrankungen vor. Der Katalog dieser Ausnahmetatbestände lehnt sich eng an die Ausnahmeregelungen zur Leistungspflicht im schweizerischen Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 an. Die nähere Bestimmung der Ausnahmeregelungen ist vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vorzunehmen.

#### Zu Nummer 8 (§ 31)

Die im Entwurf eines GKV-Weiterentwicklungsgesetzes (GKVG) vorgesehene Anhebung der Arzneimittelzahlungsbeträge zum 1. Juli 1997 um 0,50 DM wird auf den 1. Januar 1997 mit 1,- DM vorgezogen. Die Erhöhung der Zuzahlungen ist sozial- und gesundheitspolitisch vertretbar, weil die Arzneimittelzahlungsbeträge (3,-/5,-/7,- DM) vier Jahre lang nicht angepaßt worden sind.

Die Härtefallregelungen bleiben bestehen und sorgen dafür, daß die Bezieher niedriger Einkünfte (z. B. Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose) auch weiterhin von Zuzahlungen befreit und chronisch Kranke vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt bleiben. Durch die Härtefallregelung sind 8,2 Mio. Versicherte (rd. 11 v. H. der Versicherten) völlig von der Zuzahlung befreit. Auch ca. 12,8 Mio. Kinder sind nicht zuzahlungspflichtig.

Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die durch die Zuzahlungserhöhung erzielbaren Minderausgaben in einer Größenordnung von ca. 700 Mio. DM als „Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen“ gemäß § 84 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 in vollem Umfang bei der Vereinbarung der Arznei-, Heil- und Verbandmittelbudgets angerechnet werden. Dadurch wird die beabsichtigte finanzielle Entlastung der Krankenkassen sichergestellt.

#### Zu Nummer 9 (§ 33)

Da bundesweit ein großes Angebot an preisgünstigen und qualitativ guten Brillengestellen besteht, wird der Zuschuß zu Brillengestellen in Höhe von 20 DM gestrichen. Diese Maßnahme wird den Preis-

wettbewerb bei Brillengestellen weiter intensivieren. Durchschnittlich gibt ein Versicherter gegenwärtig über 400 DM für eine Brille aus, d. h. der Anteil der Krankenkasse für das Brillengestell beträgt weniger als 5 v. H. des Brillenpreises. Da der durchschnittliche Wiederbeschaffungsrhythmus für eine Brille bei drei bis vier Jahren liegt, ist es den Versicherten zuzumuten, die Kosten des Brillengestells selbst zu tragen. Der sich weiter intensivierende Wettbewerb bei Brillen läßt außerdem erwarten, daß Brillengestelle zukünftig noch preisgünstiger erhältlich sind und vermutlich auch unter 20 DM angeboten werden.

#### Zu Nummer 10 (§ 36)

Folgeänderung zur Neuregelung in § 33 Abs. 1.

#### Zu Nummer 11 (§ 39 Abs. 4)

Die Änderung paßt den Gesetzeswortlaut an die durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1994 geschaffene Rechtslage an.

#### Zu Nummer 12 (§ 40)

Wegen der veränderten Kurmittel und Kurmethoden ist es gerechtfertigt, die Regeldauer einer Kur von vier Wochen auf drei Wochen und den Anspruch auf eine Kur auf alle vier Jahre zu begrenzen, zumal die Ausgabenexplosion bei Kuren (1992 bis 1995 mehr als 50 v. H. Steigerung) allein medizinisch nicht zu erklären ist.

Da die Mitwirkung der Versicherten für den Erfolg einer Kur unverzichtbar ist, ist auch eine Erhöhung des Eigenanteils gerechtfertigt, wobei die krankenhaushähnliche Anschlußrehabilitation wegen ihrer besonderen medizinischen Bedeutung und die Mütterkuren wegen ihrer besonderen sozialpolitischen Stellung von der Anhebung der Zuzahlung ausgenommen werden.

Auch durch die Anrechnung von Urlaub auf Kuren wird einer medizinisch nicht gerechtfertigten Inanspruchnahme entgegengewirkt. Es ist vorgesehen, die dafür notwendigen Rechtsgrundlagen im Rahmen des Entwurfs eines arbeitsrechtlichen Gesetzes zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung (Arbeitsrechtliches Beschäftigungsförderungsgesetz) durch eine Änderung des § 10 des Bundesurlaubsgesetzes zu schaffen.

#### Zu Nummer 13 (§ 41)

Wegen der besonderen sozialpolitischen Aufgabenstellung von Kuren für Mütter orientiert sich die Zuzahlung weiterhin an der Höhe der Krankenhauszuzahlung; vgl. im übrigen Begründung zu § 40.

#### Zu Nummer 14 (§ 47)

Zu Buchstabe a) und b)

Zwischen Arbeitslohn und Lohnersatzleistung ist eine Abstufung gerechtfertigt. Die Regelung sieht ein maßvoll reduziertes Krankengeld vor, um eine Angleichung an das Niveau der Lohnersatzleistungen anderer Sozialversicherungszweige herzustellen.

Das Krankengeld beträgt bisher 80 v. H. des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, aber nicht mehr als das Nettoentgelt; zukünftig soll es 70 v. H. des regelmäßigen Bruttoentgelts, aber nicht mehr als 90 v. H. des Nettoentgelts betragen. Das im Vergleich zu anderen Lohnersatzleistungen höhere Krankengeld kann Anreiz für Versicherte und Arbeitgeber zur Verlängerung der Bezugszeit z. B. vor Eintritt in die Rente oder den Vorruhestand sein.

Zu Nummer 15 (§ 310)

Folgeänderung zu Artikel 2 Nr. 4, 5, 11, 12 und 13.

### Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu § 17 a Abs. 3 Satz 3 Satz 1

Die Regelung sieht eine pauschale unmittelbare Abschöpfung des Einsparpotentials im Hinblick auf den Abbau von Fehlbelegungen in Krankenhäusern vor.

Die globale Mindestkürzung aller Entgelte tritt an die Stelle der in § 17 a Abs. 3 Satz 1 den Pflegesatzparteien auferlegten Verpflichtung, durch entsprechende Bemessung der Krankenhausbudgets sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden. Diese Regelung hat sich als nicht praktikabel herausgestellt.

Ziel der Neuregelung ist es im Jahr 1997 im Bereich der GKV jährlich 800 Mio. DM einzusparen. Dies entspricht ca. 1 v. H. der für 1997 zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlung. 1998 und 1999 erhöht sich dieser Einsparbetrag um jeweils weitere 800 Mio. DM.

Das GKV-Einsparvolumen beläuft sich danach ab 1999 auf 2,4 Mrd. DM. Die Verringerung gegenüber dem ursprünglich erwarteten Entlastungsbetrag in Höhe von 2,7 Mrd. DM (s. Begründung zum Pflegeversicherungsgesetz, BR-Drucksache 505/93, S. 3 und 86) berücksichtigt, daß die Krankenhäuser zwischenzeitlich Fehlbelegungen bereits reduziert haben, insbesondere in den neuen Bundesländern.

Die Absenkung der Krankenhausbudgets wird auf drei Jahre verteilt. Dies trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, daß Kapazitätsanpassungen infolge des Abbaues von Fehlbelegungen nicht sofort in vollem Umfang möglich sind.

### Zu Artikel 4 (Übergangsregelungen)

Zu Nummer 1 (§ 1)

Soweit die Versorgung mit Zahnersatz bei Versicherten, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen wurde, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsminderung für die Versicherten eintreten. Dies soll allerdings nur für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag bewilligt hat, an dem die erste Lesung des Gesetzentwurfes im Deutschen Bundestag stattgefunden hat. Von diesem Zeitpunkt an muß jeder

Versicherte mit einer für ihn nachteiligen Rechtsänderung rechnen. In diesen Fällen werden deshalb die Kosten von den Krankenkassen über den 31. Dezember 1996 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher übernommen. Wurde über die Leistung nach dem ... [Tag der dritten Lesung des Gesetzentwurfes im Deutschen Bundestag] ... entschieden, gilt für die ab dem 1. Januar 1997 erbrachten Leistungen das neue Recht.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Die Neuregelung führt zur Gleichbehandlung aller Krankengeldbezieher vom 1. Januar 1997 an, und zwar unabhängig davon, wann der Krankengeldanspruch entstanden ist.

### Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Das gesonderte Inkrafttreten des Artikels 1 folgt aus der Notwendigkeit, für den Rest des Jahres 1996 Beitragsanhebungen zu verhindern.

## C. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen dieses Gesetzes führen zu einer Ausgabenreduzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und ermöglichen dadurch eine Absenkung des Beitragssatzniveaus um 0,4 Prozentpunkte zum 1. Januar 1997.

Im einzelnen ergeben sich durch den Gesetzentwurf im Jahre 1997 folgende finanzielle Entlastungen:

– Abbau von Fehlbelegungen im Krankenhaus	ca. 800 Mio. DM
– Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel	ca. 700 Mio. DM
– Wegfall des Kassenanteils für Brillenfassungen	ca. 300 Mio. DM
– Leistungsbegrenzung bei Zahnersatz und Zahnbehandlung	ca. 425 Mio. DM
– Änderung bei stationären Kuren	ca. 860 Mio. DM
– Absenkung des Krankengeldes	ca. 1 850 Mio. DM
– Begrenzung der Gesundheitsförderung	ca. 1 200 Mio. DM
Summe	<u>ca. 6 135 Mio. DM.</u>

Neben den Einsparungen dieses Gesetzes ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung weitere finanzielle Entlastungen im Zusammenhang mit der Konsolidierung der Rentenfinanzen. Dabei führt insbesondere die beabsichtigte Verpflichtung der Arbeitgeber, bei Lohnzahlungen die Sozialversicherungsbeitragszahlung künftig innerhalb von zehn Tagen vorzunehmen, in der GKV zu einer einmaligen Entlastung im Jahr 1997 in einer Größenordnung von ca. 1,25 Mrd. DM. Außerdem ist ebenso wie in der Rentenversicherung auch in der Krankenversicherung eine Begrenzung der Verwaltungskosten vorgesehen, die zu einer Entlastung der GKV von ca. 150 Mio. DM führt.

Insgesamt ergibt sich für das Jahr 1997 eine Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung in einer Größenordnung von ca. 7,4 Mrd. DM. Dies entspricht einem Finanzvolumen von mehr als 0,4 Beitragssatzpunkten.

In den Folgejahren entstehen für die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber 1996 jährliche Einsparungen in ähnlicher Größenordnung. Bis 1999 wird sich das Einsparvolumen durch den Bettenabbau in den Krankenhäusern gegenüber 1996 von 800 Mio. DM (1997) auf 2,4 Mrd. DM erhöhen. Durch diese zusätzlichen Minderausgaben wird der ab 1998 wegfallende Einmaleffekt des vorgezogenen Einzugs der Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von ca. 1,25 Mrd. DM mehr als kompensiert. Darüber hinaus werden durch den Wegfall der Ansprüche auf Zuschüsse zum Zahnersatz für Versicherte der Jahrgänge 1979 und jünger in den Jahren nach 1997 kontinuierlich

steigende Einsparungen der Krankenkassen realisiert. Somit ergibt sich auch ein dauerhaftes Einsparpotential für eine Beitragssatzsenkung in einer Größenordnung von ca. 0,4 Beitragssatzpunkten.

Für den Bund entstehen durch dieses Gesetz als Träger der durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung von ca. 40 Mio. DM.

#### **D. Preiswirkungsklausel**

Das Gesetz begrenzt die Ausgabenentwicklung und reduziert das Beitragssatzniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung. Meßbare Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.