

19.12.74

Stellungnahme
des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des
Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung
der Rentner
(Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG)

Der Bundesrat hat in seiner 415. Sitzung am 19. Dezember 1974
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen,
zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich Stellung
zu nehmen.

Anlage

Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des
Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenver-
sicherung der Rentner (Krankenversicherungs-
Weiterentwicklungsgesetz - KVWG)

1. Zum Gesetzentwurf

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, daß nunmehr auch die Bundesregierung die Lösung der Probleme der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung mit diesem Gesetzentwurf in Angriff genommen hat. Jedoch erscheint die darin niedergelegte Grundkonzeption nicht geeignet, die Entwicklung insbesondere der Verteilungsprobleme, wie sie sich seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.1960 (BVerfGE 11/30) ergeben hat, langfristig zu ändern und zu verbessern. Die vorgeschlagene Regelung ist inkonsequent. Sie statuiert zwar die Verpflichtung zur Aufstellung eines Bedarfsplans, aus der Nichterfüllung des Bedarfsplans werden aber keine Konsequenzen gezogen, vielmehr wird für Zulassungsbeschränkungen der rechtlich kaum fassbare und nicht justiziable Begriff einer bestehenden oder gar nur drohenden Unterversorgung eingeführt. Darüber hinaus müssen die Grundsätze einer möglichen Zulassungsbeschränkung entsprechend Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG im Gesetz selbst und nicht in Form lediglich einer Verordnungsermächtigung geregelt werden und dem zitierten Urteil des Bundesverfassungsgerichts als allerletzte Möglichkeit entsprechen.

Deshalb verweist der Bundesrat auf den von ihm eingebrachten Gesetzentwurf Drucksache 476/74 (Beschluß), der eine konsequente Lösung zur langfristigen und systemkonformen Bewältigung der Probleme anbietet. Der Bundesrat sieht im Hinblick auf die darin zum Ausdruck gebrachte für richtig erachtete Grundkonzeption deshalb davon ab, die Grundkonzeption des Entwurfs der Bundesregierung durch Einzelanträge umzustellen.

2. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 6 (§ 205 Abs. 3 RVO)

Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

"6a. In § 205 Abs. 3 Satz 1 werden die Worte

"Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und die Familienkrankenpflege" durch die Worte

"Leistungen nach Absatz 1" ersetzt.

Begründung:

Die Änderung erfolgt zur Anpassung an § 205 Abs. 1 Satz 1 in der Fassung des Rehabilitations-Gleichungsgesetzes vom 7. August 1974. Sie dient im übrigen der Klarstellung, daß die Krankenhauspflge auch den sonstigen Angehörigen zu gewährt ist.

3. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 9 (§§ 245, 250 RVO)

Die Bundesregierung wird gebeten, die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für die Errichtung und das Bestehen von Krankenkassen einer grundlegenden Prüfung zu unterziehen.

Eine Krankenkasse muß eine in sich leistungs- und lebensfähige Risikogemeinschaft darstellen. Die Erfahrung zeigt, daß kleinere Krankenkassen schon durch wenige teure Leistungsfälle, bei Epidemien und auch bei einem nur geringen Mitgliederschwind in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdet sind. Im Interesse der Versicherten muß durch Begrenzung auf von vornherein leistungsfähige Risikogemeinschaften die Bildung instabiler Verhältnisse vermieden werden. Zudem erfordert die immer komplizierter werdende Rechtsmaterie eine Arbeitsteilung bei qualifiziertem Kassenspersonal. Dies läßt sich bei kleinen Kassen nicht sicherstellen.

4. Zu Art. 1 § 1 Nr. 23 Buchst. a) bb) und nach Buchst. b) (§ 368 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 und 5 RVO) Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. a) bb) (§ 368 n Abs. 1 Satz 2 RVO)

a) In Nr. 23 ist nach Buchstabe b folgender Buchstabe c einzufügen:

"c) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:
(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden und nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien (§ 368 p Abs. 6) einen Bedarfsplan zum Zwecke der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(5) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustande, ist die Angelegenheit innerhalb von 2 Wochen dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 368 o) zur Entscheidung vorzulegen. Ein Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes findet nicht statt. Rechtsmittel haben keine aufschiebende Wirkung."

b) In Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. a ist der Doppelbuchstabe bb zu streichen.

c) Als Folge sind in Art. 1 § 1 Nr. 23 Buchst. a bb) die Worte "und die Aufstellung von Bedarfsplänen für die kassenärztliche Versorgung" zu streichen.

Begründung zu a bis c:
Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen sind für die kassenärztliche Versorgung gemeinsam verantwortlich. Dementsprechend müssen die Bedarfspläne von beiden gemeinsam getragen werden. Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen müssen sich bei der Planung mit den betroffenen Landesbehörden, insbesondere denen für Sozialversicherung, Gesundheit, Landesplanung und Raumordnung, zuständige Behörden, ins Benehmen setzen, weil es um grundsätzliche Strukturfragen geht.

Die Veröffentlichung der Bedarfspläne unterstreicht deren Bedeutung.

Es muß eine Konfliktlösung für den Fall getroffen werden, daß Kassenärztliche Vereinigung und Landesverbände der Krankenkassen sich nicht einigen. Die Anrufung des Landesausschusses darf nicht in das Ermessen der Beteiligten gestellt sein, sondern ist zwingend notwendig. Das Nähere über das Verfahren vor dem Landesausschuß, insbesondere über Entscheidungsfristen, ist durch Rechtsverordnung nach § 368 o Abs. 4 zu bestimmen.

Der Bedarfsplan muß sofort vollziehbar sein. Rechtsmittel können im Interesse der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung keine aufschiebende Wirkung haben.

5. Zu Art. 1 § 1 Nr. 23 nach Buchst. a (§ 368 nach Abs. 1 RVO)

a) Nach Buchstabe a ist folgender Buchstabe a 1 einzufügen:

" a1) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

'(1a) Ist bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin Studienbewerber, die sich zur späteren Niederlassung in einem kassenärztlich unversorgten Gebiet verpflichten, eine besondere Studienplatzquote eingeräumt, so haben dieser besonderen Maßnahme zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch die für die Vergabe der Studienplätze zuständigen Stellen, die für die Erteilung der Approbation zuständigen Behörden und die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser Rechnung zu tragen. Das Nähere regeln die Zulassungsordnungen."

pflichtung sicherzustellen, müssen die Reichsversicherungsordnung und die Zulassungsordnungen geändert werden. Durch Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und durch Verbot der nicht der Weiterbildung zum Facharzt dienenden Beschäftigung in Krankenhäusern, die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmen, kann gewährleistet werden, daß der Arzt seine eingegangene Verpflichtung erfüllt. Die Durchführung dieser Sicherungsmaßnahmen erfordert, daß die Approbationsbehörden die Verpflichtung zur Niederlassung in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet in die Approbationsurkunde eintragen.

Die vorgesehene Änderung des § 368 RVO soll die Verpflichtung der für die Vergabe der Studienplätze zuständigen Stellen, der Approbationsbehörden und der an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser zur erforderlichen Mitwirkung feststellen und entspricht damit der Intention des § 368 Abs. 1 RVO. Um den Gesetzestext des Kassenarztrechts der Reichsversicherungsordnung nicht übermäßig zu belasten, soll das Nähere über die Mitwirkung in den Zulassungsordnungen geregelt werden.

- b) Der Bundesrat hält es für erforderlich, die in diesem Gesetz enthaltenen Regelungen zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung durch Maßnahmen zur Nachwuchsförderung zu ergänzen. Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollten daher noch weitere Folgeänderungen in der RVO vorgesehen werden für den Fall einer entsprechenden Änderung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen vom 20. Oktober 1972 sowie des Hochschulrahmengesetzes (BT-Drucks. 7/2844).

Begründung:

Die kassenärztliche Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Stadt- randgebieten kann langfristig weitgehend beseitigt werden, wenn zum Studium der Medizin bevorzugt Studienbewerber zugelassen werden, die sich zur späteren Niederlassung als Arzt in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten, und wenn die Einhaltung dieser Verpflichtung gewährleistet ist.

Die Möglichkeit der bevorzugten Zulassung zum Studium der Medizin soll durch entsprechende Änderung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen vom 20. Oktober 1972 geschaffen werden. Wie derzeit nach Art. 11 Abs. 6 des Staatsvertrages die Länder von den zur Verfügung stehenden Studienplätzen vorab bis zu je zwei Prozent für aktive Sanitätsdienstanwälter der Bundeswehr und für Bewerber für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorhalten sollen, so sollen künftig die Länder bis zu vier Prozent der vorhandenen Studienplätze für Bewerber vorbehalten können, die sich zur späteren Niederlassung als Arzt in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten. Die Verpflichtung soll für ein bestimmtes Land eingegangen werden können mit der Folge, daß die Verpflichtung erlischt, wenn dieses Land kein unterversorgtes Gebiet mehr aufweist, wohl aber andere Länder noch solche Gebiete haben. Die Gesundheitsministerkonferenz hat bei ihrer Sitzung am 3./4. Oktober 1974 beschlossen, die Kultusministerkonferenz zu bitten, die Einkürzung einer besonderen Studienplatzquote für Studienbewerber, die sich später als Arzt in unterversorgtem Gebiet niederlassen wollen, zu prüfen.

Um die Einhaltung der bei der Zulassung zum Studium eingegangenen Ver-

6. Zu Art. 1 § 1 Nr. 23 Buchst. b (§ 368 Abs. 3 RVO)

In § 368 Abs. 3 werden die Worte "sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung" durch die Worte "sowie der gebotenen Wirtschaftlichkeit" ersetzt.

Begründung:

Das Ziel der kassenärztlichen Versorgung sollte mit §§ 182 Abs. 2, 368 e RVO abgestimmt werden, die bestimmen, welche Leistungen die Versicherten beanspruchen können.

7. Zu Art. 1 § 1 Nr. 24 Buchst. b (§ 368 a Abs. 2 RVO)

In Nummer 24 ist Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Die Änderung des § 368 a Abs. 2 RVO ist entbehrlich und auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.3.60 nicht notwendig, denn die Vorschrift verstößt nicht gegen das Recht auf Niederlassungsfreiheit.

Die Änderung könnte in Großstädten außerdem die bedarfsgerechte Verteilung über die Stadtteile insbesondere bei Mangellagen erschweren, wenn die Zulassung stets für den gesamten Ort ausgesprochen werden müßte. Sie muß weiterhin auch auf Ortsteile beschränkt werden können.

8. Zu Art. 1 § 1 Nr. 24 nach Buchst. c (§ 368 a Abs. 3 a RVO)

Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe c1 einzufügen:

"c1) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

'(3a) Ärzte mit der Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen, können für den Zeitraum von acht Jahren seit der ersten Niederlassung nur für Kassenarztsitze in unterversorgten Gebieten im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassen werden, falls die Besetzung dieser Kassenarztsitze mit anderen geeigneten und angemessenen Mitteln, insbesondere auch mit den in § 368 n Abs. 7 Satz 2 Buchst. e, f und i genannten Mitteln innerhalb von sechs Monaten nicht möglich ist und der Bedarfsplan für das Land, in dem verpflichtungsgemäß die Niederlassung zu erfolgen hat, ein kassenärztlich unterversorgtes Gebiet aufweist."

Begründung:

Die in § 368 a Abs. 3a RVO vorgesehene Regelung sieht die zeitlich auf 8 Jahre befristete Beschränkung der Niederlassungsfreiheit für Ärzte vor, die sich bei der Zulassung zum Studium der Medizin verpflichtet haben, sich später als Arzt in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen. Obgleich die Verpflichtung für ein bestimmtes Land eingegangen ist, besteht die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit für den gesamten Geltungsbereich der Reichsversicherungsordnung mit der Folge, daß sich der verpflichtete Arzt auch in einem anderen Land nur in einem unterversorgten Gebiet niederlassen kann. Der für ein bestimmtes Land verpflichtete Arzt kann aber seine Verpflichtung durch Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet eines anderen Landes erfüllen. Weist der Bedarfsplan für das Land, für das die Verpflichtung eingegangen ist, kein unterversorgtes Gebiet mehr aus, ist der Arzt von seiner Verpflichtung frei mit der Folge, daß er sich auch in einem anderen Land mit einem unterversorgten Gebiet frei niederlassen kann. Die solchermaßen geregelte Beschränkung der Niederlassungsfreiheit verhindert einerseits, daß sich der Arzt seiner Verpflichtung durch Niederlassung in einem anderen Land entziehen kann und ermöglicht andererseits, daß der Arzt nicht zur Niederlassung in einem anderen Land gezwungen wird. Letzteres wird vom Gebot der Verhältnismäßigkeit der Mittel ebenso gefordert wie die zeitliche Befristung der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und die Nachrangigkeit der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit hinter anderen geeigneten und angemessenen Mitteln zur Besetzung von Kassenarztsitzen in unterversorgten Gebieten. Die vorgesehene Beschränkung der Niederlassungsfreiheit ist als ein einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut, nämlich der Gesundheit der Versicherten und ihrer Angehörigen dienenden und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entsprechenden Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung mit Art. 12 GG vereinbar.

9. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 24 f (§ 368 a Abs. 3 Satz 1 RVO)

In § 1 Nr. 24 ist Buchstabe f zu streichen.

Begründung:

Die ambulante ärztliche Versorgung ist grundsätzlich den freiberuflichen Ärzten vorbehalten. Eine Beteiligung leitender Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung sollte daher die Ausnahme sein und auf Überweisungen beschränkt bleiben. Auch sollte die Möglichkeit der unmittelbaren Inanspruchnahme deshalb nicht vorgesehen werden, weil der Schwerpunkt der Berufstätigkeit der Chirurgen im stationären Bereich liegt und angesichts des Umfangs dieser Tätigkeit die Möglichkeiten einer zusätzlichen ambulanten Tätigkeit begrenzt sind.

10. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. b aa (§ 368 c Abs. 2 Nr. 1 RVO)

In Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

"aa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:

"1. die Aufstellung, Anpassung und Auswertung der Bedarfspläne und die Zusammenarbeit der beteiligten Stellen,";

Begründung:

Folgeänderung aus der Einfügung von § 368 Abs. 5.

11. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. c (§ 368 c Abs. 3 RVO)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die Ermächtigung in § 368 c Abs. 3 RVO näher konkretisiert werden kann, um den Erfordernissen der Art. 12 und Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG besser zu entsprechen. Eine Beschränkung der Berufsausübung, die einer objektiven Berufszulassungsregelung nahekommt, muß an klare gesetzliche Voraussetzungen gebunden sein. Deshalb bedarf die vorliegende Ermächtigung einer weitergehenden Konkretisierung. Dies könnte u.a. dadurch geschehen, daß in der Ermächtigungsnorm zum Ausdruck gebracht wird, daß erst nach Ausschöpfung aller sonstigen im Gesetz vorgesehenen Möglichkeiten (vgl. z.B. § 368 n Abs. 7 und § 368 r Abs. 2 und 3 RVO) Zulassungsbeschränkungen vorgenommen werden können. Außerdem sollte die Ermächtigungsnorm dahingehend ergänzt werden, daß bei Zulassungsbeschränkungen die persönlichen Belange der Betroffenen nach Möglichkeit angemessen zu berücksichtigen sind.

12. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. c (§ 368 c Abs. 3 RVO)

An § 368 c Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

"Die Zulassungsordnungen können unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung angemessene Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit vorsehen."

Begründung:

Die kassenärztliche Versorgung kann durch freiwillige Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit erheblich gestört werden. Für die Beendigung sollen Fristen vorgeschrieben werden können, damit die kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren Förderungsprogrammen (§ 368 c Abs. 7) rechtzeitig einer Unterversorgung begegnen können.

Begründung:

Der vorgesehene Absatz 4 in § 368 c enthält die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Einhaltung der bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin eingegangenen Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet niederzulassen. Auf die Begründung des Antrags zu Artikel 1 § 1 Nr. 23 wird Bezug genommen. Da die der Einhaltung der Verpflichtung dienende Beschränkung der Niederlassungsfreiheit in § 368 a Abs. 4 geregelt werden soll, betrifft die Verordnungsermächtigung vor allem das Verbot der Beschäftigung verpflichteter Ärzte in Krankenhäusern. Die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für Versicherte und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser sollen einen verpflichteten Arzt nur zur Weiterbildung für ein erstmals nach der Approbation gewähltes Fachgebiet der unter Berücksichtigung des Bedarfs in unterversorgten Gebieten bestimmten Fachgebiete beschäftigen dürfen. Solch ein Beschäftigungsverbot stellt zwar einen Eingriff in die Freiheit der Berufswahl dar, ist jedoch mit Artikel 12 GG vereinbar, da es der Erhaltung der Gesundheit der Versicherten und ihrer Angehörigen und damit der Erhaltung eines überaus wichtigen Gemeinschaftsgutes dient und da die eingegangene Verpflichtung als negative subjektive Zulassungsvoraussetzung zu qualifizieren ist. Das Beschäftigungsverbot kann nur dann praktiziert werden, wenn die Krankenhäuser durch die Approbationsurkunde Kenntnis von der Verpflichtung des Arztes erlangen können. Deshalb muß die Verordnungsermächtigung auch zu Regelungen über die Eintragung der Verpflichtung in die Approbationsurkunde ermächtigen. Sie muß endlich auch zu Regelungen über die Befreiung von der Verpflichtung ermächtigen, da die Einhaltung der Verpflichtung in Fällen besonderer Härte nicht verlangt werden kann.

Der vorgesehene Absatz 5 in § 368 c enthält die Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der Fachgebiete, für die sich verpflichtete Ärzte in Krankenhäusern sollen weiterbilden dürfen. Die Festlegung der Fachgebiete bezweckt, daß sich die verpflichteten Ärzte nicht für Fachgebiete weiterbilden lassen können, für die in den kassenärztlich unterversorgten Gebieten kein Bedarf vorhanden ist.

13. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 nach Buchst. c (§ 368 c nach Abs. 3 RVO)

In Nummer 25 ist nach Buchstabe c folgender Buchstabe d anzufügen:

"d) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:

(4) Die Zulassungsordnungen regeln die Einhaltung der bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin eingegangenen Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen. Sie müssen Bestimmungen enthalten über die Anhörung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Vergabe der Studienplätze, über die Eintragung der Verpflichtung in die Approbationsurkunde, über die Befreiung von der Verpflichtung in Fällen besonderer Härte und über das Verbot, in Krankenhäusern verpflichtete Ärzte außerhalb der Weiterbildung für ein erstmals nach der Approbation gewähltes, durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmtes Fachgebiet zu beschäftigen.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung unter Berücksichtigung des im Bedarfsplan für unterversorgte Gebiete ausgewiesenen Bedarfs an Ärzten der einzelnen Fachrichtungen die Fachgebiete im Sinne des Absatzes 4 Satz 2 zu bestimmen."

Die Auffassung, daß für die Unterrichtung der Studenten in ambulanter ärztlicher Versorgung neben den bestehenden Polikliniker die Ambulanzen leitender Ärzte als Lehrbeauftragte in den Lehrkrankenhäusern im Rahmen kassenärztlichen Beweilligung ausreichen, wird durch die vorgesehene Änderung des § 368 a Abs. 1 Satz 1 (Art. 1 § 1 Nr. 24 f) bestärkt, durch die der unmittelbare Zugang zu diesen Ärzten eröffnet wird.

15. Zu Art. 1 § 1 Nr. 28 Buchst. a) cc) und b) bb)
(§ 368 i Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 RVO)

a) In Buchstabe a ist Doppelbuchstabe cc wie folgt zu fassen:

"cc) Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

"Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, beruft sich die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können hierzu Vorschläge machen."

b) In Buchstabe b sind in Doppelbuchstabe bb in Satz 3 nach dem Wort "Sozialordnung" ein Punkt zu setzen und der restliche Satzteil durch folgenden Satz zu ersetzen:

"Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen können hierzu Vorschläge machen."

Begründung:

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes soll bei der Berufung des Vorsitzenden und der beiden Beisitzer nicht an die Vorschläge der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen gebunden sein. Damit entfällt der Vorwurf der Parteilichkeit begünstigende Zwang, dem Vorschlag der einen oder anderen Seite den Vortzug geben zu müssen. Entsprechendes gilt für den Fall des § 368 i Abs. 3 Satz 3.

14. Zu Art. 1 § 1 Nr. 26 Buchst. a cc) (§ 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO)

In Buchstabe a Doppelbuchstabe cc sind die Worte

"solcher Krankenanstalten, die für die Durchführung der im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschriebenen praktischen Ausbildung bestimmt sind, sowie" zu streichen.

Begründung:

Aus personellen, räumlichen und finanziellen Gründen ist die Einrichtung von Polikliniken an den akademischen Lehrkrankenanstalten in absehbarer Zeit nicht möglich. Die im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschriebene praktische Ausbildung werden die Studierenden der Medizin an den Lehrkrankenanstalten in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der kassenärztlichen Beteiligung von Krankenhausärzten erhalten. Entsprechend sollte an die Stelle des Begriffes "poliklinische Ausbildung" im Entwurf einer Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte nach dem Stand vom 10.8.1974 der Begriff "Ausbildung in ambulanter ärztlicher Versorgung" treten. Diese von den Ländervertretern in einer Besprechung im BMJFG am 31.7.1974 überwiegend gewünschte Formulierung wurde aber gerade deshalb nicht in den Entwurf übernommen, um eine gleichlautende Formulierung in der RVO und der MAppO zu haben.

17. Zu Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. c

(§ 368 n Abs. 3 - neu - Satz 3 RVO)

In Buchstabe c ist vor dem Doppelbuchstaben aa folgender Doppelbuchstabe Oaa einzufügen:

"O aa) In Satz 3 werden nach dem Wort 'schließen' die Worte 'im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen' eingefügt."

Begründung:

Da die Krankenkassen in gleichen Maße für die kassenärztliche Versorgung verantwortlich sind wie die kassenärztlichen Vereinigungen, müssen sie im Interesse ihrer Versicherten über die Landesverbände auch beim Abschluß von Poliklinik-Verträgen gleichberechtigt mitwirken.

16. Zu Art. 1 § 1 Nr. 29 Buchst. b (§ 368 n Abs. 5 RVO)

Buchstaben b und c sind zu streichen.

Begründung:

Der Bundesgesetzgeber ist zuständig für die gesetzliche Regelung der Berufsausbildung. Die gesetzliche Regelung der Ausübung des ärztlichen Berufs, wozu die Durchführung der ärztlichen Fortbildung gehört, obliegt den Ländern. Demgemäß ist die ärztliche Fortbildung auf der Grundlage der Kammergesetze der Länder in den Berufsordnungen der Landesärztekammern geregelt.

Unbeschadet dessen würde eine konkurrierende bundes- und landesgesetzliche Fortbildungsverpflichtung für den Kassenarzt eine Doppelverpflichtung bedingen, die insbesondere den Verdacht einer Zweoklassen-Medizin zur unvermeidbaren Folge hätte. Zudem entstände die Gefahr, daß Ärztekammern und kassenärztliche Vereinigungen in der Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in Konkurrenz treten würden und damit die jetzt gewährleistete Einheitlichkeit des Fortbildungsangebotes durch die Kammern beeinträchtigt würde.

18. Zu Art. 1 § 1 Nr. 30 Buchst. e (§ 368 n Abs. 7 nach Satz 1 RVO)

a) In Buchstabe e ist in Absatz 7 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Insoweit obliegt ihnen insbesondere

- a) die örtliche Organisation eines Bereitschaftsdienstes,
- b) die Bereitstellung von Vertretern und Assistenten,
- c) die Regelung der Versorgung mit Hilfe von Ermächtigungen für nicht zugelassene oder nicht beteiligte Ärzte oder für Krankenhäuser oder Institute,
- d) die Bewilligung von Zweigpraxen und Zweitsprechstunden,
- e) die Gewährung von zeitlich befristeten Umsatzgarantien und zinslosen Honorarvorschüssen zur Erleichterung der Anlaufzeit bei Praxisgründungen,
- f) die Gewährung und Vermittlung von zinslosen oder zinsgünstigen Darlehen und die Gewährung von Zinszuschüssen zur Praxisgründung, Gründung von Praxisgemeinschaften, Ausstattung von Zweigpraxen und Einrichtung von Apparategemeinschaften

- g) die Übernahme der Kosten für die Errichtung und Unterhaltung von ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen und die Gewährung einer Bereitschaftsdienstpauschale,
- h) die Gewährung von Zuschüssen zur Beschäftigung von Vertretern und Assistenten in besonderen Fällen,
- i) die Gewährung erhöhter Wegegelder für Landarztpraxen."

b) Nach Buchstabe e ist folgender Buchstabe f anzufügen:

"f) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

"(8) Die Kosten für die Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden vorbehaltlich abweicher vertraglicher Regelungen als Verwaltungskosten aus der Gesamtvergütung bestritten."

Begründung:

Die vorgesehene Änderung bringt einen Katalog von Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags sowie eine Regelung über die Tragung der Kosten für die Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Aufzählung der wichtigsten angemessenen und geeigneten Maßnahmen ist nicht abschließend und soll ebenso wie die vorgesehene Regelung der Kostenbräugung die Verpflichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen klarstellen.

19. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 e (§ 368 n Abs. 7 Satz 2 RVO)

In § 368 n Abs. 7 ist Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die vorgesehene Möglichkeit, Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, zu betreiben oder sich hieran zu beteiligen, würde bedeuten, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag auf zweierlei Weise erfüllen können, nämlich in kassenärztlicher Selbstverwaltung sowie als Arbeitgeber der in solchen Einrichtungen tätigen Ärzte. Dadurch würde das System des geltenden Kassennarztrechts ausgehöhlt.

Diese Regelung ist auch nicht erforderlich, denn die Gewährung von Darlehen zur Praxisgründung sowie die Vermietung von Praxisräumen oder auch von ganzen Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht nur besser mit unserem System vereinbar, sondern auch mindestens ebenso wirksame Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

20. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 30 (§ 368 o. Abs. 4 Satz 3 RVO)

Nach Nummer 30 ist folgende Nummer 30 a einzufügen:

"30 a. § 368 o wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 3 erhält folgende Fassung:

"Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen das Nähere über

1. die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der Barauslagen und die Entschädigung für den Zeitverlust der Ausschußmitglieder,
2. die Geschäftsführung,
3. das Verfahren und
4. über die Verteilung der Kosten."

b) Absatz 5 wird gestrichen."

Begründung:

Nachdem die Bundes- und Landesausschüsse neue Aufgaben auf dem Gebiet der Bedarfsplanung erhalten haben, müssen nähere Vorschriften über Geschäftsführung, Verfahren und Gebühren getroffen werden. Die Ermächtigung des Bundesarbeitsministeriums, diese Fragen durch Rechtsverordnung zu regeln, muß entsprechend der Regelung in § 368 i Abs. 7 erweitert werden.

21. Zu Art. 1 § 1 Nr. 33 (§ 368 r Abs. 1 RVO)

§ 368 r Abs. 1 erhält folgende Fassung:

"(1) Die Landesausschüsse entscheiden über die Bedarfpläne nach § 368 Abs. 5."

Begründung:

Folge der Einfügung von § 368 Abs. 5.

22. Zu Art. 1 § 1 Nr. 33 (§ 368 s. RVO)

a) In Nummer 33 sind die Eingangsworte wie folgt zu fassen:

"Nach § 368 q wird folgender § 368 r eingefügt."

b) § 368 s ist ersatzlos zu streichen.

Als Folge sind in Nummer 23 Buchst. a in Doppelbuchstabe bb die Worte "die Zulässigkeit besonderer Sicherstellungsmaßnahmen durch die Krankenkassen (§ 368 s)" zu streichen.

In Nummer 26 Buchst. a sind in Doppelbuchst. aa die Worte "den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen" zu ersetzen durch die Worte "den Zahnkliniken der Krankenkassen".

In Nummer 49 sind in § 525 a Abs. 2 die Worte "; § 368 s gilt entsprechend" zu streichen.

23. Stellungnahme zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner

Der Bundesrat hält eine dauerhafte Neuregelung der Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) für dringend geboten. Das wachsende Defizit der KVdR ist für die Krankenversicherung eine zusätzliche schwere Belastung, die nicht länger tragbar erscheint. Davon gingen auch der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 10. Juli 1974, die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung und der "Gemeinsame Vorschlag des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Spitzenverbände der Krankenkassen" vom Juni 1972 aus.

Begründung:

Nach § 368 n Abs. 1 RVO haben die kassenärztlichen Vereinigungen die Pflicht, aber auch das Recht, die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen. Bei Anwendung aller geeigneten Mittel zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages werden sie ihrer Sicherstellungspflicht jederzeit in vollem Umfang nachkommen können. Der Einsatz von Zulassungsbeschränkungen - als ultima ratio - schließt ein Scheitern der Sicherstellungsmaßnahmen aus. Deshalb bedarf es keiner Ermächtigung der Krankenkassen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in eigener Verantwortung.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung bringt nicht nur gegenüber dem genannten Referententwurf vom 10. Juli 1974 sondern im Vergleich zur gegenwärtigen Situation noch erhebliche Verschlechterungen.

Der Bundesrat hat schwerwiegende Bedenken vor allen in folgenden Punkten:

Finanzierung der KVdR

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß der Leistungsaufwand in der KVdR wesentlich schneller steigt als die Rentenausgaben, an die der Finanzierungsanteil der Rentenversicherung gebunden werden soll. In der Begründung wird eingeräumt, daß sich die Scherenentwicklung zwischen Leistungen der Krankenversicherung und dem Beitragsanteil der Rentenversicherung voraussichtlich weiter fortsetzen wird. Das bedeutet, daß mit der vorgesehenen Festschreibung des Finanzierungsanteils der Rentenversicherung an der KVdR auf 11 v.H. der Rentenausgaben ein zwangsläufig weiter wachsendes Defizit der Krankenkassen gewissermaßen "einprogrammiert" wird. Die Bundesregierung begründet diese einschneidenden Regelungen damit, daß die Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsmodus ohne Beitragserhöhung die Liquidität der Rentenversicherungsträger gefährden wird.

Der Bundesrat hat erhebliche Bedenken, eine solche Regelung mitzutragen, die außerdem schon für die Zeit ab 1976 zusätzliche Unsicherheiten für die Krankenkassen mit sich brächte. Als Grundlage für die weiteren

Beratungen im Gesetzgebungsverfahren sollte daher ergänzendes Zahlenmaterial über die finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung zumindest in den Jahren 1975 bis 1977, auch mit Angaben über Entlastungen, zum Beispiel beim Zahnersatz, vorgelegt werden. Alternativrechnungen wären ebenso erforderlich wie Ausführungen dazu, weshalb der Bund sich selbst seinen Zuschuß zur Rentenversicherung bei deren prekären Finanzlage zinslos bzw. zinsgünstig stundet.

Der Bundesrat hält es auch aus diesen Gründen für erforderlich, die Verantwortung für die Rentenfinanzvorausschätzungen dem Sozialbeirat als einem unabhängigen Gremium zu übertragen. Daneben könnten dem Sozialbeirat weitere Aufgaben auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit übertragen werden, so zum Beispiel die Verantwortung für die mittelfristigen Vorausschätzungen über die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Arbeitsförderung sowie der Sozialhilfe. Eine mittelfristige Vorausschau für die Finanzlage der Krankenversicherung ist um so dringlicher geworden, als deren Ausgaben inzwischen ein unerwartetes Gewicht erhalten haben und weiterhin überproportional steigen werden. Ähnliche Erwägungen gelten für die finanzielle Entwicklung der Bundesanstalt für Arbeit.

Zusammensetzung und organisatorische Ausstattung des Sozialbeirates sollten dieser geänderten Aufgabenstellung angepaßt werden.

Belastungsausgleich

Der Bundesrat hält einen verbesserten Ausgleich der Leistungsaufwendungen für Rentner, die durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckt sind, für unumgänglich. Er stellt mit Bedauern fest, daß im Rahmen des Belastungsausgleichs lediglich rechnerisch eine gleiche Pro-Kopf-Belastung ermittelt wird ohne jede Rücksicht auf die Grundlohnsumme. Dies führt zu ungerechten Ergebnissen, insbesondere bei Auszubildenden und weniger Verdienenden.

Streichung der Vorschriften über die Gewährsträgerschaft

Wenn der Vorschlag der Bundesregierung zur Änderung der Finanzierung der KVdR verwirklicht wird, muß durch die zusätzlich erforderlichen Milliardenbeträge bis 1978 mit einem durchschnittlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von über 13 v. H. gerechnet werden.

Diese besonders expansive Ausgabenentwicklung und die von der Bundesregierung selbst ausgesprochenen Vorbehalte gegenüber dem bisherigen Finanzierungssystem erfordern aber gerade eine systematische Prüfung stabilisierender Einrichtungen und Maßnahmen auf der Finanzierungsseite (zum Beispiel Höchstbeiträge, Garantietippen) und auf der Ausgabeenseite.

Der Bundesrat hält es daher für nicht vertretbar, daß die Garantietippen der öffentlichen Hand beseitigt werden soll. Das Bundessozialgericht (BSGE 34, 177) hat nicht entschieden, daß die Garantietippen verfassungswidrig sei, sondern daß sie bei verfassungskonformer Auslegung des § 389 RVO den Bund und nicht

die Gemeindeverbände trifft. Mit der Beibehaltung der Garantietippen soll keine Subventionierung der Krankenkassen aus öffentlichen Mitteln angestrebt werden. Durch sachgerechte Reform der bisherigen zum Teil überholten Beitragssatzhöchstgrenzen, verbunden mit einer entsprechenden Ausgestaltung der Vorschriften über die Gewährsträgerschaft, muß aber erreicht werden, daß für einzelne Solidargemeinschaften nicht unzumutbare Belastungen entstehen. Zugleich würde eine solche Regelung der politischen Verantwortung des Bundes gegenüber denjenigen, die seine Beschlüsse finanzieren müssen, Rechnung tragen.

24. Zu Art. 1 § 1 Nr. 38 (§§ 303 b, 303 d RVO)

Der Belastungsausgleich nach den §§ 293 b und 293 d führt dazu, daß die im Leistungsangebot zurückhaltenden Kassen Mehrleistungen anderer Kassen mitfinanzieren, die den eigenen Versicherten nicht gewährt werden können. Über diese Auswirkungen müssen Erfahrungen gesammelt werden. Die Bundesregierung wird gebeten, bis zum 31. Dezember 1976 darüber zu berichten.

25. Zu Art. 1 § 1 Nr. 38 (§ 395 b EVO)

In § 395 b Abs. 1 ist nach Satz 2 folgender Satz

einzuügen:

"Von den Auszubildenden in einem anerkannten Ausbildungs-
verhältnis ist dabei nur die Hälfte zu berücksichtigen."

Begründung:

Die Änderung ist aus sozial-, bildungs- und arbeits-
marktpolitischen Gründen geboten.

Beim Ausgleich der Leistungsaufwendungen muß auf
die unterschiedliche Belastungsfähigkeit der
Versichertengruppen und Wirtschaftsbereiche in
den Fällen Rücksicht genommen werden, in denen
sonst eine unerträgliche Ungleichbelastung vorläge.
Das würde bei den Auszubildenden geschehen. Sie
haben einen besonders niedrigen Grundlohn und
dürfen nicht in derselben Höhe zur Abdeckung der
Rentnerlast herangezogen werden, wie voll im
Erwerbsleben stehende, höher verdienende Arbeit-
nehmer.

Die Mehrbelastungen der Auszubildenden können
auch von den anderen Versicherten ihrer Kassen oder
Kassenarten nicht ohne weiteres mitgetragen werden,
weil Beschäftigungsstruktur und Grundlohnsummen
in den ausbildungsintensiven Wirtschaftsbereichen
ohnehin ungleichmäßig sind.

Deshalb kann die Zahl der Auszubildenden bei der
Ermittlung der Gesamtbelastung nicht voll zugrunde
gelegt werden. Mit der Berücksichtigung der Hälfte
der Auszubildenden wird eine gerechtere Lastenver-
teilung erreicht.

Das Zusammentreffen sozial-, bildungs- und arbeits-
marktpolitischer Konsequenzen gilt für andere
Personenkreise nicht, so daß sich keine Folge-
änderungen ergeben.

Zugleich wird verhindert, daß eine unangemessen
hohe Mehrbelastung sich in den betroffenen Wirt-
schaftsbereichen in einer verringerten Ausbildungs-
bereitschaft auswirkt.

26. Zu Art. 1 § 3 (KVLC)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsver-
fahren zu prüfen, inwieweit den folgenden Anregungen
entsprochen werden kann:

1. Korrektur der Abgrenzung des versicherten Personen-
kreises nach Maßgabe der Absätze 4.11 bis 4.13

des Erfahrungsberichtes der Bundesregierung über
die Ausführung des Gesetzes über die Krankenver-
sicherung der Landwirte (BT-Drucksache 7/2546) und

2. Vervollständigung des Krankenversicherungsschutzes
für

a) landwirtschaftliche Unternehmer, die nach der
Betriebsaufgabe innerhalb von drei Monaten Al-
tersgeld oder Landabgabente beantragen,

b) Witwen oder Witwer landwirtschaftlicher Unter-
nehmer, die nach dem Tode des Ehegatten innerhalb
von drei Monaten Altersgeld beantragen und für

c) sonstige Familienangehörige, die nach dem Er-
löschen des Anspruchs auf Familienhilfe der Ver-
sicherung freiwillig beitreten wollen.

Durch eine entsprechende Änderung und Ergänzung könn-
ten zum jetzigen Zeitpunkt bereits eibige Probleme der
Krankenversicherung der Landwirte gelöst werden, die
im Erfahrungsbericht der Bundesregierung genannt sind
und deren Lösung auch von den landwirtschaftlichen
Sozialversicherungsträgern als vordringlich angesehen
werden.

27. Zu Art. 2 § 1

Der Text des § 1 wird Absatz 1. Es ist folgender Absatz 2 anzufügen:

"(2) Abweichend von § 173a der Reichsversicherungsordnung können die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Personen die Befreiung von der Versicherungspflicht binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes beantragen oder widerrufen. Befreiung und Widerruf werden mit dem Ersten des auf den Eingang des Antrags oder des Widerrufs folgenden Monats wirksam."

Begründung:

In den letzten Jahren ist, vor allem im Bereich der Krankenhausesversorgung, eine Kostenexplosion eingetreten, die sich fortzusetzen droht. Dies bedeutet, daß das Verhältnis der tatsächlichen Kosten zu den Leistungen der Privatversicherer zunehmend ungünstiger wurde und voraussichtlich weiterhin werden wird. So verfügt, wie jetzt bereits festgestellt werden muß, ein nicht unerheblicher Teil der von der Krankenversicherung der Rentner befreiten Personen über einen nur noch unzureichenden Krankenversicherungschutz. Altrentner und deren Angehörige, die einer langwierigen und komplizierten Heilbehandlung bedürfen, sind damit in eine nahezu verzweifelte Lage geraten.

Die Entwicklung in den letzten Jahren war für den betroffenen Personenkreis zum Zeitpunkt der Stellung des Befreiungsantrags bzw. der Nichtklärung des Wirkens der Versicherungspflicht keineswegs voraussehbar, zumal selbst Nachleute von dem überproportionalen Kostenanstieg in einem so gravierenden Ausmaß offensichtlich überrascht worden sind. Diese von Grund auf geänderten Entscheidungsvoraussetzungen gebieten es, dem Sozialstaatsgebot entsprechend eine erneute einmalige Möglichkeit zum Widerruf der Befreiung zu eröffnen ("clausula rebus sic stantibus"); zugleich soll aber auch das Recht eingeräumt werden, nochmals die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen.

Eine Frist von sechs Monaten erscheint angemessen, um den Betroffenen eine umfassende Information zu gewährleisten.

28. Zu Art. 2 § 8

Der Text des § 8 ist wie folgt zu fassen:

"Die Bundesausschüsse haben die Richtlinien für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung nach § 368 p Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen. Die Bedarfspläne sind erstmalig binnen weiterer sechs Monate zu erstellen."

Begründung:

Die vorgesehene Änderung soll eine fristgerechte erstmalige Aufstellung der Bedarfspläne sicherstellen. Da die Aufstellung der Bedarfspläne das Vorhandensein der Richtlinien der Bundesausschüsse voraussetzt, erscheint eine Fristsetzung für deren Erarbeitung erforderlich.

30. Zu Art. 2 § 10 Abs. 3

In Absatz 3 Satz 1 sind die Worte "ohne Zustimmung des Bundesrates" durch die Worte "mit Zustimmung des Bundesrates" zu ersetzen.

Begründung:

Der Erlaß einer Rechtsverordnung mit dem in Abs. 3 bestimmten Inhalt hat unter Umständen erhebliche finanzielle Auswirkungen für die der Aufsicht der Länder- und Krankenkassen Träger der Renten- und Krankenversicherung. Der Bundesrat hat deshalb ein Interesse daran, daß diese Rechtsverordnung mit seiner Zustimmung erlassen wird.

29. Zu Art. 2 § 8

- a) Der Text des § 8 wird Absatz 1.
- b) Nach Absatz 1 sind folgende Absätze 2 bis 4 anzufügen:
 - "(2) Kommt der Bedarfsplan nicht innerhalb der Frist des Absatzes 1 zustande, so kann er von der obersten Verwaltungsbehörde des Landes aufgestellt werden. § 368 der Reichsversicherungsordnung gilt.
 - (3) Der von der obersten Verwaltungsbehörde aufgestellte Bedarfsplan tritt mit dem Tage der Veröffentlichung des nach § 368 der Reichsversicherungsordnung aufzustellenden Bedarfsplanes außer Kraft.
 - (4) Wird der Bedarfsplan nicht bis zum 1. Juli eines jeden Jahres der Entwicklung angepaßt, so gelten für die Anpassung Absätze 2 und 3 sinngemäß."

Begründung:

Der Bedarfsplan ist als hervorragendes Instrument zur Beurteilung des Standes der ärztlichen Versorgung und zum Ein-satz entsprechender Steuerungsmaßnahmen anzusehen. Den Vorschriften über seine Aufstellung kommt deshalb eine ganz besondere Bedeutung zu. Die vorgeschlagene Ergänzung soll sicherstellen, daß innerhalb einer vertretbaren Zeit nach Inkraft-treten des Gesetzes auf jeden Fall ein Bedarfsplan als Arbeitsgrundlage vor-handen ist, der auch entsprechend weiter-entwickelt werden kann.

31. Zu Art. 2 § 17 Abs. 2

In § 17 ist Absatz 2 wie folgt zu fassen:

"(2) Artikel 1 § 1 Nr. 37 Buchstabe a tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft."

Begründung:

Die mit dem Entwurf vorgesehene 25 Jahre zurückwirkende Streichung von Rechtsansprüchen auf Garantiehilfe ist verfassungsrechtlich nicht zulässig, zumal die Voraussetzungen für die Garantiehilfe erst durch das Lohnfortzahlungsgesetz mit Wirkung vom 1.1.1970 neu geregelt worden sind.

32. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, bis zum

31. Dezember 1975 einen Bericht über die für die nächsten fünf Kalenderjahre zu erwartende Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzulegen und darin auch geeignete Alternativen für die Absicherung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

Eine mittelfristige Vorausschau für die Finanzlage der Krankenversicherung ist deshalb dringlich, weil deren Ausgaben inzwischen ein besonderes Gewicht erhalten haben und vermutet werden muß, daß sie weiterhin überproportional steigen werden. Das wird voraussichtlich grundlegende Untersuchungen über die weitere Gestaltung des Gesundheitswesens, über das Finanzierungssystem der Krankenversicherung überhaupt und über die Belastbarkeit der Versicherten wie der Wirtschaft erfordern. Dafür soll der Bericht die notwendigen Daten und Erkenntnisse vermitteln.

Gesetzesbeschluß
des Deutschen BundestagesViertes Gesetz zur Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 131. Sitzung am 14. November 1974 auf Grund des Ersten Berichts und Antrags des Verteidigungsausschusses (12. Ausschuß) - Drucksache 7/2796 - den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes und prämierechtlicher Vorschriften
- Drucksache 7/2397 -

in der nachstehenden Fassung angenommen: