

14. 11. 74

AS - A - Fz - G - R

**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

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

A. Zielsetzung

- I. Die kassenärztliche Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung soll durch kurz- und langfristig wirkende Maßnahmen verbessert und sichergestellt werden. Dadurch soll auch künftig den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung einschließlich eines ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienstes in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen.
- II. Die finanziellen Grundlagen der Krankenversicherung der Rentner sollen neu geordnet und für die nächsten Jahre stabilisiert werden. Außerdem soll der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung an den durch die Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Aufwendungen für die Rentner möglichst gleichmäßig auf die versicherten Mitglieder verteilt werden.

B. Lösung

- I. Unter Beibehaltung des für das System der kassenärztlichen (kassenzahnärztlichen) Versorgung maßgeblichen Grundsatzes ihrer Sicherstellung durch die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen sollen im wesentlichen drei Maßnahmengruppen vorgesehen werden:
 - Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung;

Fristablauf: 27. 12. 74

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

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung von Gesetzen

§ 1

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 165 Abs. 6 erhält folgende Fassung:
„(6) Nach Absatz 1 Nr. 3 wird nicht versichert,

1. wer nach Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 4 oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften versichert ist,

2. wer nur wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen nicht nach Absatz 1 Nr. 2 oder § 166 versicherungspflichtig ist oder

3. wer nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 912) von der Versicherungspflicht befreit ist.“

2. In § 173 a Abs. 2 werden die Worte „Eintritt der Versicherungspflicht“ durch die Worte „Beginn der Mitgliedschaft“ ersetzt.

3. § 183 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem Tage“ durch die Worte „Anspruch auf Krankengeld besteht von dem Tage an nicht“ ersetzt.

- b) Absatz 4 wird gestrichen.

4. Die §§ 201 und 202 erhalten folgende Fassung:

§ 201

- (1) Beim Tode eines Versicherten ist Sterbegeld in Höhe des Zwanzigfachen des Grundlohns zu zahlen. Die Satzung kann das Sterbegeld bis zum Vierzigfachen des Grundlohns erhöhen. Für die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten gilt als Grundlohn der funfhundertvierzigste Teil der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze.

- (2) Beim Tode eines Angehörigen, für den dem Versicherten im Zeitpunkt des Todes Familien-

lienhilfe zustand, ist die Hälfte des satzungsmäßigen Sterbegeldes zu zahlen. Die Satzung kann bei Totgeburt Sterbegeld vorsehen.

- (3) Das Sterbegeld nach Absatz 1 und 2 Satz 1 beträgt mindestens ein Vierundzwanzigstel der Jahresarbeitsverdienstgrenze.

§ 202

Ist ein Anspruch auf Sterbegeld gegen mehrere Träger der Krankenversicherung oder gegen eine Krankenkasse mehrfach begründet, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflicht ist der Träger der Krankenversicherung, der zuerst in Anspruch genommen wird.“

5. In § 203 Satz 2 werden die Worte „der Ehegatte, die Kinder, die Eltern, die Geschwister“ durch die Worte „der Versicherte, der Ehegatte, die Kinder, die Eltern, die Großeltern, die Enkel, die Geschwister, die Schwiegerkinder, die Schwiegereltern“ ersetzt.

6. Die §§ 204 und 205 b werden gestrichen.

7. In § 205 c werden die Worte „(§§ 205, 205 b)“ durch die Worte „(§§ 201, 205)“ ersetzt.

8. In § 214 Abs. 4 werden die Worte „§ 205 b“ durch die Worte „§ 201 Abs. 2 und 3“ ersetzt.

9. § 238 erhält folgende Fassung:

§ 238

Freiwillig Versicherte können den für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder der Kasse angehören, der sie angehören würden oder könnten, wenn sie versicherungspflichtig wären.“

10. In § 294 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „§ 204, § 205 b“ durch die Worte „§ 201 Abs. 1 und 2“ ersetzt.

11. In § 296 Abs. 3 werden die Worte „bis zum gesetzlichen Höchstbetrag (§ 389)“ gestrichen.

12. In § 310 werden Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 gestrichen.

13. § 312 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Die Mitgliedschaft der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten endet

1. mit dem Tode,
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem über den Verfall des Anspruchs auf Rente endgültig entschieden ist.

3. bei Zubilligung einer Rente für abgelaufene Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.“

14. § 313 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „§ 165 Abs. 1 Nr. 4“ durch die Worte „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4“ ersetzt.

- b) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen drei Wochen nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen.“

- c) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Der Anspruch auf Leistungen freiwillig Versicherter ruht, solange sie nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf freie Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.“

15. § 313 b wird gestrichen.

16. § 315 a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.“

- b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:
„(3) § 165 Abs. 6 und § 257 a Abs. 1, 2, 4 und 5 gelten entsprechend.“

17. Nach § 315 a wird folgender § 315 b eingefügt:
„§ 315 b

Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 315 a nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Rentenanspruchs bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben.“

18. In § 317 Abs. 5 Satz 1 werden nach den Worten „§ 165 Abs. 1 Nr. 3“ die Worte „oder § 17 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes“ eingefügt.

19. § 318 a Abs. 1 Satz 4 erhält folgende Fassung:
„Die Versicherten haben die zur Meldung sowie die zur Durchführung der Versicherung und der der Kasse gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlichen Angaben zu machen.“

20. Vor § 319 wird folgende Überschrift eingefügt:
„3. Versicherungsnummer, Versichertenausweis, Mitgliederverzeichnis“.

21. Nach § 319 wird folgender § 319 a eingefügt:
„§ 319 a

Die Krankenkasse hat ein Mitgliederverzeichnis zu führen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch allgemeine Verordnungschrift mit Zustimmung des Bundesrates über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses.“

22. Die Überschrift vor § 368 erhält folgende Fassung:
„VI. Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen und Einrichtungen für Haushaltshilfe“

23. § 368 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 2 werden die Worte „368 t“ ersetzt durch die Worte „368 t“ ersetzt;

- bb) Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Die Regelung erstreckt sich auf die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung (§§ 368 a bis 368 c), die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit (§§ 368 d bis 368 f), das Vertragswesen und das Schlichtungswesen (§§ 368 g bis 368 i), die Bildung von Kassenärztlichen Vereinigungen (§§ 368 k bis 368 m), die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Aufstellung von Beredarplänen für die kassenärztliche Versorgung (§ 368 n), die Errichtung von Landes- und Bundes-

ausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und ihre Aufgaben (§§ 368 o bis 368 r), die Zulässigkeit besonderer Sicherstellungsmaßnahmen durch die Krankenkassen (§ 368 s), die besonderen vertraglichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitation (§ 368 t).“

- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
„(3) Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfaßt, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen.“

24. § 368 a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und beteiligte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen teil.“

b) In Absatz 2 werden die Worte „einen oder mehrere Orte oder für Ortsteile“ durch die Worte „den Ort der Niederlassung als Arzt“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „für einen ausgeschriebenen Kassenarztsitz“ gestrichen.

d) In Absatz 5 wird nach dem Wort „ist“ ein Punkt gesetzt und der folgende Satzteil gestrichen.

e) In Absatz 7 werden die Worte „des ihm zugewiesenen“ durch das Wort „seines“ ersetzt.

f) In Absatz 8 Satz 1 werden nach den Worten „an der kassenärztlichen Versorgung“ die Worte „unmittelbar oder“ eingefügt.

25. § 368 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Zulassung“ ein Komma und die Worte „die sonstige Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung und Beschränkung von Zulassungen“ eingefügt;

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:
„1. die Erstellung, Abstimmung, Fortentwicklung und Auswertung der für die mittel- und langfristige Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfspläne sowie die hierbei notwendige Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren Unterrichtung und die Beratung in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen.“;

bb) Nummer 9 erhält folgende Fassung:
„9. die Ausschreibung von Kassenarztsitzen.“;

cc) Nummer 11 wird gestrichen;

dd) die bisherige Nummer 12 wird Nummer 11;

ee) die bisherige Nummer 13 wird Nummer 12 und erhält folgende Fassung:

„12. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in besonderen Fällen

sowie im Ausland bestellte Ärzte und Ärzte, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes sind, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können.“;

ff) es wird folgende Nummer 13 angefügt:

„13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können.“

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen, in welchem Umfang und für welche Dauer zur Sicherstellung einer bedarfsrechtlichen ärztlichen Versorgung in solchen Gebieten eines Zulassungsbezirks, in denen eine kassenärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, Beschränkungen der Zulassungen in hiervon nicht betroffenen Gebieten von Zulassungsbezirken vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnungen der Landesausschüsse gebunden sind.“

26. § 368 d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „Kassenärzten und den Zahnkliniken der Krankenkassen sowie im Überweisungsfälle unter den beteiligten Krankenkassenärzten (§ 368 a Abs. 8) durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den Einrichtungen der Krankenkassen“ ersetzt;

bb) In Satz 2 werden die Worte „Nichtzugelassene Ärzte“ durch die Worte „Ärzte, die nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.“ ersetzt;

cc) In Satz 3 werden die Worte „Universitäts-Polikliniken und“ durch die Worte „poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und solcher Krankenanstalten, die für die Durchführung der im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgesehenen praktischen Ausbildung bestimmt sind, sowie“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „Kassenärzte oder beteiligten Krankenkassenärzte“ durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte“ ersetzt.

c) In Absatz 3 werden die Worte „Kassenarzt und den beteiligten Krankenhausarzt“ durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt“ ersetzt.

d) In Absatz 4 werden die Worte „Kassenarzt und den beteiligten Arzt“ durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt“ ersetzt.

e) Es wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Absätze 1 bis 4 gelten für ärztlich geleitete Einrichtungen, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend.“

27. Im § 368 e Satz 2 werden die Worte „Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen“ durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt darf“ ersetzt.

28. § 368 i wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Verwaltungsdienst“ die Worte „und zwei weiteren unparteilichen Mitgliedern“ eingefügt;

bb) In Satz 2 werden die Worte „und seinen Stellvertreter“ durch die Worte „und die zwei weiteren unparteilichen Mitglieder sowie die Stellvertreter“ ersetzt;

cc) Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes nach Vorschlägen der kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen.“;

dd) Sätze 4 und 5 werden gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Verwaltungsdienst“ die Worte „und zwei weiteren unparteilichen Mitgliedern“ eingefügt;

bb) folgende Sätze 2 und 3 werden eingefügt:

„Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteilichen Mitglieder sowie über die Stellvertreter sollen sich die kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, beruft sie der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf Vorschlag der kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen.“;

cc) der bisherige Satz 2 wird Satz 4;

dd) der bisherige Satz 3 wird Satz 5 und erhält folgende Fassung:

„Die Vorschriften des Absatzes 2 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.“

29. § 368 m wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Zahl „1000“ durch die Zahl „5000“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

„(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit. Die Satzung hat auch das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht zu bestimmen.“

c) Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden Absätze 6 und 7.

30. § 368 n wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „nach § 182 und nach § 13 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ gestrichen und nach den Worten „ärztliche Versorgung“ die Worte „in dem in § 368 Abs. 2 bezeichneten Umfang“ eingefügt;

bb) es wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Zum Zwecke der Sicherstellung (§ 368 Abs. 3) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen Bedarfspläne nach Maßgabe der Bestimmungen der Zulassungsordnungen und der Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen aufzustellen und der Entwicklung anzupassen; die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei zu unterstützen.“

b) Die bisherigen Sätze 2, 3 und 4 des Absatzes 1 werden Absatz 2.

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden das Wort „Universitäten“ durch das Wort „Hochschulen“ und das Wort „Polikliniken“ durch die Worte „poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und solchen Krankenanstalten, die für die Durchführung der im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschriebenen praktischen Ausbildung bestimmt sind“ ersetzt;

bb) in Satz 4 werden die Worte „Universitäts-Polikliniken“ durch die Worte „genannten Einrichtungen“ ersetzt.

d) Die bisherigen Absätze 3, 4 und 5 werden Absätze 4, 5 und 6.

e) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedürfnissen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen.“

31. Im § 368 o Abs. 7 Satz 1 werden die Worte „§ 368 p Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5“ durch die Worte „§ 368 p Abs. 4 Satz 2, Abs. 5 und 6“ ersetzt.

32. § 368 p wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden die Worte „§ 368 r“ durch die Worte „§ 368 t“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Bundesausschüsse beschließen die für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien, die insbesondere einheitliche und vergleichbare Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren bei der Ermittlung und Feststellung des Standes und des Bedarfs an ärztlicher Versorgung gewährleisten und nach denen die Landesausschüsse den Eintritt einer ärztlichen Unterversorgung oder unmittelbar drohenden Unterversorgung zu beurteilen haben. Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.“

33. Nach § 368 q werden folgende §§ 368 r und 368 s eingefügt:

„§ 368 r

(1) Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach § 368 n Abs. 1 Satz 2. Sie können hierzu Empfehlungen beschließen.

(2) Den Landesausschüssen obliegt auch die als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Hierbei ist den für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in den betroffenen Gebieten zuständigen Kassenärzt-

lichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(3) Dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, können die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Beschränkungen der Zulassungen nach den Vorschriften der Zulassungsordnungen anordnen.

§ 368 s

(1) Kann nach Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in einem angemessenen Zeitraum die ärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sichergestellt werden, können die Krankenkassen im Benehmen mit den Landesausschüssen die Versicherten und ihre Angehörigen durch erforderliche eigene Einrichtungen und geeignete andere Einrichtungen, insbesondere Krankenanstalten, ärztlich versorgen lassen. Eineinrichtungen sollen von den Krankenkassen in den betroffenen Gebieten gemeinsam betrieben werden und allen Versicherten und ihren Angehörigen gleichermaßen zugänglich sein.

(2) § 27 e bleibt unberührt. § 368 d Abs. 1 Sätze 3 und 4 finden keine Anwendung.“

34. Der bisherige § 368 r wird § 368 t.

35. § 381 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Worte „§ 385 Abs. 2“ durch die Worte „§ 385 Abs. 3“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 2 a wird eingefügt:

„(2 a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und die in § 17 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes bezeichneten Versicherten, die nach § 19 Abs. 2, 3 und 5 des Reichsknappschaftsgesetzes Mitglieder einer Krankenkasse sind, haben neben den von den Trägern der Rentenversicherung zu leistenden Beiträgen einen zusätzlichen Beitrag zu tragen, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentanspruch ableiten, nicht mindestens zwanzig Jahre bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für die Erfüllung der Wartezeit nach § 1252 vorliegen.“

c) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Personen erhalten auf Antrag von dem zuständigen Träger der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag vom Beginn der Rente an mo-

natlich einen Zuschuß, der dem monatlichen Durchschnitt der im vorletzten Kalendervierteljahr nach § 385 Abs. 3 gezahlten Beiträge entspricht, wenn sie als freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder wenn sie bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert und

„§ 393 a

Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten haben die Beiträge nach § 381 Abs. 2 monatlich an die Krankenkassen und Ersatzkassen zu leisten, die nach § 393 b Abs. 1 Satz 4 berechtigt sind.

§ 393 b

(1) Der Leistungsaufwand der Krankenkassen und Ersatzkassen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten wird durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 und die Finanzierungsanteile der Krankenkassen und Ersatzkassen ausgeglichen. Der Finanzierungsanteil der einzelnen Krankenkasse oder Ersatzkasse ist der durch Beiträge nicht gedeckte Leistungsaufwand für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten aller Krankenkassen und Ersatzkassen geteilt durch die Zahl der Mitglieder ohne Rentner aller Krankenkassen und Ersatzkassen vervielfacht mit der Zahl der Mitglieder ohne Rentner der einzelnen Krankenkasse oder Ersatzkasse. Der Leistungsaufwand für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten der einzelnen Krankenkasse oder Ersatzkasse ist ihrem Finanzierungsanteil gegenüberzustellen. Überschreitet der Leistungsaufwand den Finanzierungsanteil, so hat die Krankenkasse oder Ersatzkasse in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschüssigen Beiträge nach Satz 5. Überschreitet der Finanzierungsanteil den Leistungsaufwand, so steht der überschüssende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwand ihren Finanzierungsanteil übersteigt.

Der Anspruch nach Satz 1 entfällt, solange Anspruch auf den Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 405 besteht.“

36. § 385 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 2 und 3 werden durch Absätze 2 bis 4 ersetzt und erhalten folgende Fassung:

„(2) Für Versicherte, die nach § 183 Abs. 3 keinen Anspruch auf Krankengeld haben, sind die Beiträge entsprechend zu ermäßigen.

(3) Die Summe der Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten beträgt 11 vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Rentenbeiträge.

(4) Der Berechnung des zusätzlichen Beitrags nach § 381 Abs. 2 a sind ein Fünftel des Beitragssatzes der Krankenkasse für versicherungspflichtige Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben, und das Renteneinkommen des Versicherten zugrunde zu legen; § 180 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

b) Die bisherigen Absätze 3 a bis 5 werden Absätze 5 bis 7.

37. § 389 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Sätze 2 und 3 werden gestrichen.

b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Ist das nicht möglich oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge nicht aus, so sind durch Satzungsänderung die Beiträge zu erhöhen.“

setzlichen Krankenversicherung und den Trägern der Rentenversicherungen mitzuteilenden Angaben.

§ 393 d

Die Bundesverbände (§ 414 Abs. 3) und die Verbände der Ersatzkassen können durch ihre Satzung bestimmen, daß innerhalb des Verbandes zwischen den Kassen ein Belastungsausgleich bewirkt wird. Der Belastungsausgleich bewirkt, daß die Mitglieder der Kassen mit dem durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 nicht gedeckten Leistungsaufwand für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten mit einem gleichen Vordrucksatz des Grundlohns belastet werden. Die Satzungen der Landesverbände der Krankenkassen müssen sicherstellen, daß die Mitglieder der Landesverbände an dem Belastungsausgleich teilnehmen."

39. § 405 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Angestellte (§§ 2 und 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes), die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 versicherungspflichtig oder die nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 912) von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht des Angestellten nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Angestellte für seine Krankenversicherung aufzuwenden hat."

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3; die Worte "Absatz 1" werden durch die Worte "Absatz 1 und 2" ersetzt.

40. Dem § 414 b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Die Satzungen der Landesverbände können eine Umlage der Mitgliedskassen vorsehen, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken."

41. In § 452 Abs. 1 werden die Worte "vor der Erkrankung" durch die Worte "vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit" und die Worte "nur Krankenkasse" durch die Worte "nur Krankenkasse oder eine andere Krankenkasse" ersetzt.

42. § 507 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

"(4) Für Mitglieder der Ersatzkassen gelten die §§ 180 bis 181 b, 182 a bis 189, 193, 194, 202, 205 und 208."

43. § 507 b wird gestrichen.

44. § 508 Satz 3 wird gestrichen.

45. § 514 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Die §§ 238, 257 a, 257 b, 306 Abs. 2 und 3, §§ 311, 312 Abs. 2, § 313 Abs. 2 und 3, §§ 315 a bis 316, 317 Abs. 4 bis 6 und die §§ 16 und 19 des Reichsknappschaftsgesetzes gelten entsprechend."

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

"(3) Mitglieder der Ersatzkasse, die aus der Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 ausscheiden, können die Mitgliedschaft fortsetzen."

46. § 515 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Worte "§ 385 Abs. 2" durch die Worte "§ 385 Abs. 3" ersetzt und die Worte "als Bemessungsgrundlage gilt für Ersatzkassen, deren Geschäftsbereich sich über den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes erstreckt, der Grundlohn, der für die Betriebskrankenkassen der Bundesbahn, der Bundespost und des Bundesverkehrsministeriums anzuwenden ist" gestrichen.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) § 381 Abs. 2 a und 3 Satz 2 und 3, § 385 Abs. 2 bis 4 und §§ 393 a bis 393 d gelten entsprechend."

47. § 516 a Satz 2 erhält folgende Fassung:

"§ 319 Abs. 2 bis 4 und § 319 a gelten entsprechend."

48. Vor § 525 c wird folgende Überschrift eingefügt:

"IV. Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen und Einrichtungen für Haushaltshilfe."

49. § 525 c erhält folgende Fassung:

§ 525 c

(1) Die Teilnahme als Vertragsarzt an der ärztlichen Versorgung der Mitglieder der Ersatzkassen und ihrer Angehörigen ist zulässig, sofern und solange der Arzt kassenärztliche Tätigkeit (§ 368 a Abs. 1) ausübt. Satz 1 gilt für Zahnärzte entsprechend.

(2) Für die Gewährung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die Bedarfsplanung und die Maßnahmen bei ärztlicher

(2) Nach Absatz 1 wird nicht versichert, wer nach §§ 15, 16 oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften, mit Ausnahme des § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, versichert ist,

2. wer nur wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 oder § 166 der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig ist oder

3. wer nach § 173 b der Reichsversicherungsordnung oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 912) von der Versicherungspflicht befreit ist.

§ 18

(1) Wer bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und für sich und seine Angehörigen, für die ihm Familienkassenpflegete zusteht, Vertragsleistungen erhält, die der Art nach den Leistungen der Krankenhilfe entsprechen, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 17 Abs. 1 befreit. Dies gilt nicht für Personen, die während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens zweifundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren und für Hinterbliebene, wenn der Versorbene im Zeitpunkt des Todes nach §§ 15, 16 oder 17 Abs. 1 versichert war.

(2) Der Antrag ist binnen eines Monats nach Beginn der Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an; sie kann nicht widerrufen werden.

§ 19

(1) Die in § 17 Abs. 1 bezeichneten Versicherten gehören der Bundesknappschaft an.

(2) Die in § 17 Abs. 1 bezeichneten Versicherten können nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird, die Mitgliedschaft beantragen

1. bei der Krankenkasse, bei der sie zuletzt vor der Rentenentziehung Mitglied waren, oder

2. bei der Krankenkasse, bei der Ehegatte versichert ist.

(3) Die nach § 17 Abs. 1 versicherten Hinterbliebenen können die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse beantragen, bei der die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt Mitglied war.

(4) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Versicherten

können nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird, die Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft beantragen, wenn der Ehegatte knappschaftlich krankenversichert ist.

(5) Scheidet eine der in § 17 Abs. 1 bezeichneten Personen aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, so kann sie beantragen, wieder Mitglied der Krankenkasse zu werden, der sie vor Beginn der Beschäftigung angehört hat.

§ 20

(1) Die Mitgliedschaft der in § 17 Abs. 1 bezeichneten Versicherten beginnt mit dem Tage der Stellung des Rentenantrages.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 17 Abs. 1 bezeichneten Versicherten endet

1. mit dem Tode,
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem über den Wegfall des Anspruchs auf Rente endgültig entschieden ist,
3. bei Zubilligung einer Rente für abgelaufene Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

§ 21

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung mit Ausnahme einer Bergmannsrente beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug der Rente zu erfüllen.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tage der Stellung des Rentenantrages. Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

(3) § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 22

Personen, die eine Rente, mit Ausnahme einer Bergmannsrente, oder eine Knappschaftsausgleichsleistung aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 20 Abs. 1 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 21 nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Rentenanspruchs bei der Bundesknappschaft abzugeben.

§ 23

Personen, die eine Bergmannsrente beziehen, können der knappschaftlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten.

§ 24

Die Bundesknappschaft führt die Krankenversicherung nach den Vorschriften der Reichsversicherungsurordnung und dieses Gesetzes durch.

2. In § 34 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt, folgender Nummer 6 wird angefügt:

„6. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner.“

3. § 120 erhält folgende Fassung:

„§ 120

Die durch gesetzlich vorgeschriebene Einnahmen nicht gedeckten Aufwendungen der Krankenversicherung der Rentner werden von dem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet.“

4. Folgender § 126 wird eingefügt:

„§ 126

(1) Für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Rentenversicherungsurordnung bezeichneten Versicherten, die nach § 19 Abs. 4 Mitglieder der Bundesknappschaft sind, leisten die zuständigen Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten Beiträge in Höhe des Betrages, den die in § 381 Abs. 4 der Rentenversicherungsurordnung bezeichneten Personen erhalten.

(2) Für die in § 17 Abs. 1 bezeichneten Versicherten, die nach § 19 Abs. 2, 3 oder 5 Mitglieder einer Krankenkasse oder Ersatzkasse sind, leistet die Bundesknappschaft Beiträge in Höhe des in Absatz 1 genannten Betrages.

(3) Die in § 17 Abs. 1 bezeichneten Personen erhalten auf Antrag zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag einen Zuschuß in Höhe des in Absatz 1 genannten Betrages, wenn sie als freiwillige Mitglieder in der gesetzlich Krankenversicherung versichert sind oder wenn sie bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert und nach § 18 von der Versicherungspflicht befreit sind.

(4) Die in Absatz 1 bezeichneten Versicherten haben neben den von den Trägern der Rentenversicherung zu leistenden Beiträgen einen zusätzlichen Beitrag in Höhe des in § 385 Abs. 4 der Rentenversicherungsurordnung genannten Betrages zu tragen, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, nicht mindestens 20 Jahre bei einem Träger der gesetzlich Krankenversicherung versichert waren. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für die Erfüllung der Wartzeit nach § 1252 der Rentenversicherungsurordnung vorliegen.“

5. § 204 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankenheiten“ die Worte „und für die Mitwirkung an den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für die Behandlungsplanung in der kassenärztlichen Versorgung“ sowie nach den Worten „§ 368 p Abs. 5“ die Worte „und 6“ eingefügt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „368 r“ durch die Worte „368 t“ ersetzt.

§ 3

Änderung des Gesetzes

über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (Bundesgesetzbl. I S. 1433), zuletzt geändert durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 1881), wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Die Worte „§ 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes“ werden durch die Worte „§ 17 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 ist nicht versichert, wer nach §§ 173 a oder 173 b der Rentenversicherungsurordnung oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Rentenversicherungsurordnung vom 24. August 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 912) oder nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (Bundesgesetzbl. I S. 1259) von der Versicherungspflicht befreit ist.“

2. In § 4 Abs. 3 Satz 1 werden die Worte „§ 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5“ durch die Worte „§ 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5“ ersetzt.

3. Nach § 4 wird folgender § 4 a eingefügt:

„§ 4 a

Landwirtschaftliche Unternehmer werden auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 befreit, solange sie als Angestellte (§§ 2 und 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes) beschäftigt nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Rentenversicherungsurordnung versicherungspflichtig und nach den Vorschriften des Zweiten Buches der Rentenversicherungsurordnung freiwillig versichert sind. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn der Antrag binnen eines Monats danach gestellt wird. Wird der Antrag später gestellt, tritt die Befreiung mit dem Ersten des Monats ein, der auf die Antragstellung folgt.“

4. In § 37 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „der Ehegatte, die Kinder, die Eltern, die Geschwister“ durch die Worte „der Versicherte, der Ehegatte, die Kinder, die Eltern, die Großeltern, die Enkel, die Geschwister, die Schwiegerkinder, die Schwiegereltern“ ersetzt.

5. Dem § 41 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) § 214 Abs. 1 bis 3 der Rentenversicherungsurordnung gilt für die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten entsprechend.“

6. Dem § 46 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, bei der der landwirtschaftliche Unternehmer versichert ist oder bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz versichert wäre.“

7. § 49 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „3 und 4“ durch die Worte „3 bis 4 a“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Sie endet mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.“

8. Nach § 49 wird folgender § 49 a eingefügt:

„§ 49 a

Personen, die Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberente beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 49 nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Leistungsantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben.“

9. In § 62 Abs. 2 werden nach dem Wort „Rechtsversicherungsurordnung“ die Worte „oder in § 17 Abs. 1 oder § 21 des Reichsknappschaftsgesetzes“ eingefügt.

10. In § 63 Abs. 3 werden die Worte „§ 19 Abs. 1“ durch die Worte „§ 17 Abs. 1“ ersetzt.

11. In § 64 Abs. 1 Satz 2 werden der Strichpunkt durch ein Komma ersetzt und danach folgende Worte eingefügt:

„es sei denn,

1. die Witwe oder der Witwer eines Beziehers von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld beantragt Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld und die Ehe wurde vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen,

2. die Witwe oder der Witwer eines Beziehers von Landabgabenteilen beantragt Landabgabenteile oder

3. ohne die Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 beständige Anspruch auf Familienkrankenpflege."

12. § 65 Abs. 2 Satz 3 wird gestrichen.

13. Dem § 94 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:
"Der Anspruch entfällt, solange Anspruch auf den Zuschuß nach § 381 Abs. 4 oder nach § 405 der Reichsversicherungsordnung besteht."

14. Dem § 95 wird folgender Satz angefügt:

"Der Anspruch nach Satz 1 entfällt, solange Anspruch auf den Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 405 der Reichsversicherungsordnung besteht."

§ 4

Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 582), zuletzt geändert durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 1881), wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 157 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

"Bei Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen tritt an die Stelle des Beitragsatzes nach Satz 1 der für Versicherte mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld geltende Beitragssatz der Ortskrankenkasse, in deren Bezirk die landwirtschaftliche Krankenkasse ihren Sitz hat. Die einzelnen Summen nach Satz 1 sind jeweils mit den Verhältniszahlen nach Absatz 3 zu vervielfachen."

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte "Satz 2" durch die Worte "Satz 3" ersetzt.

2. In § 159 Abs. 2 werden die Worte "oder, wo eine solche nicht besteht, der Landkrankenkasse" gestrichen.

Artikel 2

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 1

Wer beim Inkrafttreten dieses Gesetzes wegen § 165 Abs. 6 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung oder wegen § 17 Abs. 2 Nr. 2 des Reichs-knappschaftsgesetzes aus der Versicherungspflicht ausscheidet, kann der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten. Der Beitritt ist binnen drei

Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erklären. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

§ 2

(1) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Rente aus den gesetzlichen Rentenversicherungen beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2, § 315 a der Reichsversicherungsordnung, § 20 Abs. 1 oder § 21 des Reichs-knappschaftsgesetzes bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der Rentenbescheid zugestellt wird.

(2) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgabenteile beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 oder § 49 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der die beantragte Leistung gewährend Bescheid zugestellt wird.

(3) Die Erklärung nach Absatz 1 oder 2 kann binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem zuständigen Träger der Krankenversicherung abgegeben werden.

§ 3

Angestellte (§§ 2 und 3 des Angestelltenversicherungsgesetzes), die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsdienstgrenze nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig sind, aber nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind, können binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Träger der Krankenversicherung beitreten, dem sie angehören würden oder könnten, wenn sie nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung versichert wären.

§ 4

Bestand bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 183 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung Anspruch auf Krankengeld, so bleibt dieser Anspruch für höchstens sechs Wochen bestehen, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an.

§ 5

Das Sterbегeld für die in §§ 17 und 21 des Reichs-knappschaftsgesetzes bezeichneten Mitglieder und deren Angehörige beträgt mindestens ein Vierundzwanzigstel der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze.

§ 6

Bis zum Inkrafttreten einer Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Schiedsämter für die kassenärztliche (kassenärztliche) Versorgung (Schiedsamtverordnung) vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 570) gilt für die Besetzung der Schieds-

2. ob und in welchem Umfang der in § 385 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung genannte Vorratshundertatz erhöht werden kann.

§ 11

Auf Ärzte (Zahnärzte), die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes Vertragsärzte der Ersatzkassen sind oder sich bis zu diesem Zeitpunkt um Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassen beworben haben, ist § 525 c Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht anzuwenden.

§ 12

Die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 13 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689) bei der Bundesknappschaft bestehenden Zusatzsterbegeldversicherungen werden in dem bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Umfang weitergeführt.

§ 13

Wer bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied einer landwirtschaftlichen Krankenkasse war und nach § 3 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht versichert ist, bleibt Mitglied und gilt als nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert. Er kann erklären, daß die Mitgliedschaft nach Satz 1 endet.

§ 14

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten außer Kraft:

1. § 6 des Abschnitts 2 des Kapitels I im Fünften Teil der Vierten Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens vom 8. Dezember 1931 (Reichsgesetzbl. I S. 699/718);

2. Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689);

3. §§ 1, 2 und 3 Abs. 1 und 3 sowie § 4 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409);

4. Erlaß des Reichsarbeitsministers über den Beginn der knappschaftlichen Rentnorkrankenversicherung vom 22. August 1942 (Reichsarbeitsbl. II S. 476);

5. Erlaß des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern betreffend Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranke vom 5. September 1942 (Reichsgesetzbl. II S. 490);

6. Erlaß des Reichsarbeitsministers betreffend Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherungspflicht vom 27. Juli 1943 (Reichsarbeitsbl. II S. 374);

7. Abschnitt I Nr. 6 Buchstabe b und Abschnitt IV Nr. 2 des Erlasses des Reichsarbeitsministers betreffend Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 (Reichsarbeitsbl. II S. 485);

8. §§ 17 bis 20, 21 Abs. 2, §§ 23 und 25 des Saarknappschaftsgesetzes vom 11. Juli 1951 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1099, 1370), zuletzt geändert durch das Finanzänderungsgesetz 1967 vom 21. Dezember 1967 (Bundesgesetzbl. I S. 1259);

9. Artikel 2 § 10 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500);

10. Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillig Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 26. Oktober 1962 (Bundesgesetzbl. I S. 667), zuletzt geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillig Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 11. Dezember 1968 (Bundesgesetzbl. I S. 1324);
11. § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Gesetzes zur Angleichung des Sozialversicherungsrechts im Saarland an das im übrigen Bundesgebiet geltende Recht (Sozialversicherungs-Angleichungsgesetz Saar) vom 15. Juni 1963 (Bundesgesetzbl. I S. 402).

§ 15

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, den Wortlaut des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der neuen Fassung bekanntzumachen und dabei Unstimmigkeiten des Wortlauts und der Paragraphenfolge zu beseitigen.

§ 16

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 17

(1) Dieses Gesetz tritt am Ersten des auf seine Verkündung folgenden Kalendervierteljahres in Kraft.

(2) Artikel 1 § 1 Nr. 37 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. April 1950 in Kraft.

Begründung

I. Allgemeiner Teil

Der Gesetzentwurf enthält Vorschläge zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts, durch die die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und ihrer Familienangehörigen gesichert werden soll, und Vorschläge zur Krankenversicherung der Rentner, durch die vor allem ihre finanziellen Grundlagen für die nächsten Jahre stabilisiert werden sollen. Durch weitere Änderungsvorschläge wird das Leistungsrecht der Krankenversicherung sowie das Recht der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Landwirte weiterentwickelt.

A. Zu den kassenärztlichen Vorschriften

1. Probleme der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Angehörigen (Kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung) werden seit geraumer Zeit in der Öffentlichkeit diskutiert. Sie waren auch Gegenstand von politischen Initiativen und von parlamentarischen Anfragen im Deutschen Bundestag und in Landtagen der Länder. Der Anlaß hierzu haben vor allem Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung insbesondere in Stadt- und ländlichen Gebieten gegeben. Gleiches gilt für die mit einer ausreichenden Bereitstellung ärztlicher Not- und Bereitschaftsdienste zusammenhängenden Probleme.

Die Schwierigkeiten, die insbesondere die Niederlassungsbereitschaft von Kassenärzten in ländlichen Gebieten betreffen, sind ein strukturelles Problem des Systems der kassenärztlichen Versorgung. Ungeachtet der – in anderem Zusammenhang bedeutsamen – Frage ausreichenden medizinischen Nachwuchses berührt dieses Problem die bedarfsgerechte regionale Verteilung der Kassenärzte. Diese Verteilung vollzieht sich in aller Regel aufgrund der Entscheidung des niederlassungswilligen Arztes über seinen Praxissitz; mit seinem Recht auf freie Niederlassung und freie Wahl des Ortes der Praxisausübung steht dem Arzt zugleich ein Recht auf Zulassung zur Behandlung Versicherter der Krankenkassen (Zulassung als Kassenarzt) am selbstgewählten Ort der Niederlassung zu, nachdem das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 23. März 1960 (I BvR 216/51) eine – auch die regionale Verteilung der Kassenärzte beeinflussende – Regelung, daß für je 500 Krankenkassenmitglieder ein Arzt zu den gesetzlichen Krankenkassen zuzulassen sei (§ 368 a Abs. 1 RVG), für verfassungswidrig erklärt hatte.

gung das Kassenarztrecht in seinen Grundzügen keiner Änderung bedürfte, jedoch entsprechend den sich ändernden Verhältnissen laufend angepaßt und weiterentwickelt werden müsse.

Dazu wurden verschiedene Vorschläge sowohl zur Ausschöpfung des geltenden Rechts als auch zu seiner Änderung oder Weiterentwicklung erarbeitet.

Von diesen Empfehlungen gehen auch die im Entwurf enthaltenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts aus.

Ziel dieser Regelungen ist einerseits der Ausbau insbesondere des Planungs- und Maßnahmeninstrumentariums der kassenärztlichen (Kassen-zahnärztlichen) Vereinigungen zur Sicherstellung der kassenärztlichen (kassenzahnärztlichen) Versorgung, andererseits die gesetzliche Absicherung besonderer Maßnahmen zur Abwendung drohender oder Beseitigung eingetretener ärztlicher Unterversorgung. Damit soll das Angebot an ärztlichen Leistungen verbessert, die Niederlassung von Ärzten als Kassenärzte bedarfsgründlicher beeinflußt werden und vor allem Unterversorgungssituationen wirksamer begegnet werden können.

Die Regelungen des Entwurfs halten an dem im geltenden Recht verankerten Grundsatz der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen fest. Sie erweitern den Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung durch, daß die erforderlichen Maßnahmen, insbesondere bei Unterversorgung, übertragen werden. Hierbei beschränkt sich der Entwurf unter Beachtung der verfassungsrechtlich garantierten Berufsfreiheit auf mittelbar wirkende Maßnahmen. Staatliche Eingriffe oder Zwangsmaßnahmen sind daher nicht vorgesehen.

Der Entwurf enthält ferner Regelungen, die auf eine notwendige Rechtsbereinigung im Anschluß an verfassungsrechtliche Urteile abzielen.

- Die Regelungen des Entwurfs beschränken sich zur Lösung bestehender Probleme der ärztlichen Versorgung auf den Bereich des Kassenarztrechts der Reichsversicherungsordnung. Davon unberührt bleiben daher weitere mögliche Maßnahmen von Bund und Ländern zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten. So ist z. B. im Entwurf eines Hochschulrahmengesetzes der Bundesregierung vorgesehen, daß eine begrenzte Zahl von Studienplätzen für das Fach der Medizin an solche Bewerber bevorzugt vergeben werden kann, die sich auf Grund entsprechender Rechtsvorschriften verpflichtet haben, ihren Beruf in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs auszuüben. In der Begründung zu diesem Entwurf hat die Bundesregierung darauf hingewiesen, daß hierbei möglicherweise auch die Tätigkeit als Arzt in ärztlich unterversorgten Gebieten in Betracht kommen kann.

B. Zu den Vorschriften über die Krankenversicherung der Rentner

- Durch das Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner – KVdR – vom 12. Juni 1956 waren die Rentenbezieher in den Kreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten einbezogen und den übrigen Mitgliedern der Krankenversicherung weitgehend gleichgestellt worden. Das Finanzänderungsgesetz 1967 vom 21. Dezember 1967 hat die Vorschriften über die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner grundlegend geändert. Seit dem 1. Januar 1968 zahlen die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten an die Krankenkassen und Ersatzkassen für jeden pflichtversicherten Rentner einen Beitrag, der sich nach einem durchschnittlichen Grundlohn und dem Beitragsatz der einzelnen Kasse bemißt. Um die unterschiedliche Belastung der durch den Beitrag nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherung der Rentner von Kasse zu Kasse auszugleichen, ist bei der Berechnung des Beitrags eine Ausgleichszahl anzuwenden, die das Verhältnis der Rentnerlöhne – Verhältnis der pflichtversicherten Rentner zu den Mitgliedern ohne die Rentner – der einzelnen Kasse zur durchschnittlichen Rentnerlöhne aller Kassen ausdrückt. Die Ausgleichszahl wird jeweils für ein Kalenderhalbjahr vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für alle Krankenkassen und Ersatzkassen errechnet.
- Damit die Aufwendungen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten für die Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner auch in Zukunft kalkulierbar bleiben, wurde mit dem Finanzänderungsgesetz 1967 festgelegt, daß im Jahre 1968 80 v. H. der Leistungsaufwendungen der Krankenkassen und Ersatzkassen für die pflichtversicherten Rentner durch die Beiträge der Träger der Rentenversicherung gedeckt werden sollen und daß von 1969 an die Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zu zahlenden Beiträge für pflichtversicherte Rentner 10,98 v. H. der ausbezahlten Rentenbeiträge betragen soll. Um dieses vom Gesetzgeber festgelegte Ziel zu erreichen, hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung zu bestimmen, inwieweit der von den Krankenkassen und Ersatzkassen gezahlte Beitrag zu erhöhen oder zu ermäßigen ist.
- Die Korrektur der Beiträge kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erst dann vornehmen, wenn die Rechnungsergebnisse eines abgelaufenen Geschäftsjahres vorliegen. Die Korrektur führt daher zu nachträglichen, für die Krankenkassen und Ersatzkassen nicht voraus-kalkulierbaren Nachzahlungen oder Erstattungen. Auf Grund der für die Jahre 1968 bis 1970 erlassenen KVdR-Beitragsbemessungsverordnungen

gen haben die Krankenkassen und Ersatzkassen insgesamt 910 Millionen DM als Nachzahlungen erhalten. Von 1971 an hätten jedoch die Krankenkassen und Ersatzkassen erhebliche Erstattungen an die Träger der Rentenversicherung leisten müssen. Für 1971 bis 1974 werden diese auf insgesamt 5,99 Milliarden DM und für 1975 auf etwa 3,4 Milliarden DM geschätzt (vgl. hierzu: III. Wirtschaftliche Auswirkungen, Tabelle 2). Erstattungen in einer derartigen Größenordnung, die zudem für einen mehrere Geschäftsjahre zurückliegenden Zeitraum zu zahlen sind, stören die Finanzplanung der Kassen erheblich.

Das Auseinanderfallen der tatsächlich gezahlten Beiträge der Rentenversicherung an die Krankenkassen und der festgelegten Belastung der Rentenversicherung von 10,98 v. H. der Rentenzahlungen ist darin begründet, daß die Faktoren, auf denen die Beitragsbemessung beruht – Grundlohn und Beitragsatz der Krankenkassen –, stärker steigen als die Rentenausgaben. Diese Entwicklung mit weiter steigenden Erstattungen der Krankenversicherung an die Rentenversicherung wird sich voraussichtlich fortsetzen. Die sich aus der derzeitigen Regelung ergebenden Folgen sind für die Krankenkassen nicht tragbar und erfordern eine Neuordnung der Bemessung und Zahlung der Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner.

Die Berechnung des Beitrags für die Krankenversicherung der Rentner nach geltendem Recht führt dazu, daß der durch Beiträge nicht gedeckte Teil der Aufwendungen für die pflichtversicherten Rentner von den übrigen Mitgliedern der Krankenkassen und Ersatzkassen in von Kasse zu Kasse unterschiedlicher Höhe getragen wird (Einzelheiten hierzu siehe: III. Wirtschaftliche Auswirkungen, A. 1. Buchstabe c).

Auf Grund der derzeitigen Beitragsberechnung wird zwar die unterschiedliche Rentnerlöhne der Kassen in begrenztem Umfang ausgeglichen. Unterschiede der Struktur der Grundlöhne und der Leistungsaufwendungen für die Rentner wirken sich aber auf die Belastung der Mitglieder in einem nicht mehr vertretbaren Umfang aus. Daher ist eine Neuordnung des Ausgleichs der von den aktiven Mitgliedern zu tragenden Belastung des durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwandes für die Krankenversicherung der Rentner erforderlich.

Ziel der Neuordnung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner muß es demnach sein, den von der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten an die Krankenkassen und Ersatzkassen zu zahlenden Beitrag so aufzuteilen, daß Über- oder Unterzahlungen gegenüber dem zur Verfügung stehenden Gesamtbetrag unterbleiben, und die Belastung der Mitglieder aus dem durch Beiträge nicht gedeckten Teil der Leistungsaufwendungen für Rentner so weit wie möglich auszugleichen.

- Die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung hat empfohlen, die Finanzierungsanteile der Rentenversicherung und der Krankenversicherung im Verhältnis 80 : 20 zu stabilisieren; der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung sei durch einen Solidarbeitrag der nicht als Rentner Versicherten in Höhe eines für alle Mitglieder gleichen Vermögenssatzes des Grundlohns aufzubringen (vgl. Sozialpolitische Informationen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 29. August 1973, Jahrgang VII/31).

Die Verwirklichung dieser Empfehlung würde gegenüber dem Gesetzentwurf unter Zugrundelegung der Annahmen im Rentenpassungsbericht 1975 Mehraufwendungen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten bis zum Jahre 1988 in Höhe von rd. 275 Milliarden DM erfordern. Das hätte die finanziellen Möglichkeiten der Rentenversicherung überfordert. Die Vorschläge der Bundesregierung sind für die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten finanziell (vgl. hierzu: III. Wirtschaftliche Auswirkungen, A. 2. Buchstabe f). Im Hinblick auf die derzeit nicht hinreichend sicher voraussehbare finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten und der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten die Vorschläge der Bundesregierung eine vorläufige Regelung bis zum Jahre 1977. Vom Jahre 1978 an wird eine Überprüfung der Beitragsverpflichtung der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für erforderlich gehalten.

- Die Vorschläge des Entwurfs zur Neuordnung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner gehen von der Überlegung aus, daß es derzeit darauf ankommt, die Unzulänglichkeiten des geltenden Rechts zu beseitigen, ohne eine abschließende, über die nächsten Jahre hinaus verbindliche Regelung zu treffen. Die Änderungsvorschläge führen somit zur Stabilisierung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner für die Jahre 1971 bis 1977.

Dies geschieht zunächst durch gesetzliche Festsetzung der Summe der Beiträge, die die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für die Krankenversicherung der Rentner aufzubringen haben, in Höhe von 11 vom Hundert der Rentenausgaben. Dadurch wird die bisherige Regelung aufgehoben, die seit 1971 zu erheblichen Überzahlungen der Rentenversicherung an die Krankenversicherung geführt hat.

Um das Gefüge der Finanzierung der Krankenversicherung nicht zu stören, wird gleichzeitig bestimmt, daß die Überzahlungen der Rentenversicherung für die Jahre 1971 bis 1974 von den Trägern der Krankenversicherung nicht zurückzuerstatten sind. Auch für die folgenden Jahre 1975 bis 1977 wird eine Regelung vorgeschlagen,

die der durch die Krankenversicherung der Rentner auf die Krankenkassen und Ersatzkassen zukommenden Belastung gerecht wird. Den Trägern der Krankenversicherung sollen für das Jahr 1975 über die von der Rentenversicherung zu zahlenden Beiträge hinaus zusätzlich 2,5 Milliarden DM von der Rentenversicherung zuzufügen. Für die Jahre 1976 und 1977 ist vorgesehen, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zusätzliche Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner je nach der Finanzlage der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten durch Rechtsverordnung festsetzen kann.

Eine über das Jahr 1977 hinausgehende Regelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner kann derzeit nicht getroffen werden, da noch nicht hinreichend sicher überschauen werden kann, wie sich die Finanzsituation der Krankenversicherung und der Rentenversicherung in den nächsten Jahren entwickeln wird. Es soll daher dem Gesetzgeber überlassen bleiben, für die Zeit ab 1978 über die Höhe der Beiträge der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner entsprechend der finanziellen Entwicklung zu bestimmen. Die Bundesregierung wird den gesetzgebenden Körperschaften im Renten Anpassungsbericht für das Jahr 1978 die für die Entscheidung erforderlichen Daten mitteilen.

4. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß der Finanzierungsanteil der Träger der Krankenversicherung an den durch die Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Aufwendungen möglichst gleichmäßig auf die nicht als Rentner versicherten Mitglieder verteilt werden sollte. Sie schlägt ein Ausgleichsverfahren für die Krankenversicherung der Rentner vor, das den strukturellen Besonderheiten des gegliederten Systems der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt.

Die Vorschläge des Entwurfs sehen ein ausgewogenes Verteilungs- und Ausgleichsverfahren für die von der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zu leistenden Beiträge zwischen den Krankenkassen und Ersatzkassen vor. Die Beiträge der Rentenversicherung werden auf die Krankenkassen und Ersatzkassen so aufgeteilt, daß die von Kasse zu Kasse unterschiedliche Belastung der Mitglieder aus dem nicht gedeckten Aufwand für die pflichtversicherten Rentner bis zum durchschnittlichen Belastungsbetrag ausgeglichen wird. Darüber hinaus wird den Bundesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen das Recht eingeräumt, für ihren Bereich einen Belastungsausgleich zu beschließen, durch den die Belastungen aus der Krankenversicherung der Rentner auf die Mitglieder der Kassen der gleichen Kasseeinheit bis zu einem gleichen Anteil vom Grundlohn auszugleichen werden können.

C. Zu den weiteren Rechtsänderungen

1. Die grundlohnbezogene Bemessung des Sterbegeldes nach dem geltenden Recht ist unbefriedigend. Sie führt dazu, daß bei einem Todesfall während einer vorübergehenden Versicherung mit niedrigem Grundlohn das Sterbegeld absinkt, und berücksichtigt nicht, daß die Aufwendungen für die Bestattung nicht von der Höhe des vor dem Tode erzielten Einkommens abhängig sind. Anzustreben ist daher ein Sterbegeld, das beim Tode des Versicherten oder eines Familienangehörigen vom Grundlohn unabhängig ist. Eine entsprechende Regelung enthält das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Der Gesetzentwurf sieht vor, daß das Sterbegeld beim Tode des Versicherten oder eines Familienangehörigen mindestens in Höhe von einem Vierundzwanzigstel der Jahresarbeitsverdienstgrenze zu zahlen ist, das sind für 1975 1050 DM.

Nach geltendem Recht kann das Sterbegeld für Versicherte des Grundlohn zu zahlen ist, durch die Satzungen des Grundlohn zu zahlen ist, durch die Satzungen bis zum Vierzigfachen des Grundlohns erhöht werden. Um diese Mehrleistungen beizubehalten, bleibt das Recht der Selbstverwaltung bestehen, über den Mindestbetrag hinaus das Sterbegeld für Versicherte zwischen dem Zwanzigfachen und dem Vierzigfachen des Grundlohns festzusetzen. In diesen Fällen beträgt das Sterbegeld beim Tode eines Familienangehörigen wie bisher die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes.

2. Das Recht der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner beruht noch weitgehend auf den in den Jahren 1941 und 1942 erlassenen Verordnungen. Um die Knappschaftsrentner den Rentnern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gleichzustellen, werden die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes entsprechend geändert. Die Finanzierung der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner sowie die Besonderheiten der knappschaftlichen Versicherung bleiben jedoch grundsätzlich unberührt.

3. Auf Grund der Änderungen der Reichsversicherungsordnung und des Reichsknappschaftsgesetzes müssen die entsprechenden Vorschriften des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Neuregelung angepaßt werden. Darüber hinaus sollen durch den Gesetzentwurf Unzulänglichkeiten des Rechts der Krankenversicherung der Landwirte beseitigt werden, die sich seit der Einführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gezeigt haben. Es handelt sich vor allem um Korrekturen der Abgrenzung des versicherten Personenkreises und um Änderungen der Kasenzuständigkeit der mitarbeitenden Familienangehörigen, der Berechnung des Vergleichsbeitrages und der Zahlung von Beiträgen.

tragszuschüssen. Durch diese Änderungsvorschläge werden einige der Probleme gelöst, die die Bundesregierung in ihrem Erfahrungsbericht über die Ausführung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (Bundesdrucksache 7/2346) mitgeteilt hat.

II. Besonderer Teil

Artikel 1

Zu § 1 Nr. 1 (§ 165 Abs. 6 RVO)

Der bisherige § 165 Abs. 6 RVO, der den Vorrang beim Zusammenreffen mehrerer Versicherungen, die als Angestellte beschäftigt sind, bei der Berechnung des Sterbegeldes zugunsten der Krankenversicherung der Rentner vorsieht, wird aufgehoben. Nach geltendem Recht haben Rentenbezieher für ihren Krankenversicherungsschutz zu zahlen, wenn ihr Gehalt die Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht übersteigt. Sie sind jedoch beitragsfrei in der Krankenversicherung der Rentner versichert, sobald ihr Gehalt die Jahresarbeitsverdienstgrenze überschreitet. Dieses unbefriedigende Ergebnis wird durch beseitigt, daß Angestellte nicht mehr in der Krankenversicherung der Rentner versichert werden, wenn sie wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen nicht als Angestellte versicherungspflichtig sind. Aus demselben Grund sollen die in § 166 RVO aufgeführten Selbständigen, deren Einkommen die Jahresarbeitsverdienstgrenze übersteigt, nicht mehr der bisher für sie beitragsfreien Rentnerkrankenversicherung angehören.

Es ist auch nicht gerechtfertigt, daß diejenigen Angestellten und Selbständigen, die sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen und damit aus der Solidargemeinschaft der Versicherten durch eigenen Entschluß ausgeschieden sind, der Krankenversicherung der Rentner angehören. Sie sollen daher nicht mehr versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Rentner sein.

Zu § 1 Nr. 2 (§ 173 a Abs. 2 RVO)

Nachdem Rentenanstaltsteller nach dem neuen § 315 b RVO ihre Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner aufheben können, ist es erforderlich, für den Beginn der Antragsfrist nach § 173 a Abs. 2 RVO auf den Beginn der Mitgliedschaft abzustellen.

Zu § 1 Nr. 3 (§ 183 RVO)

Die Änderung des § 183 Abs. 3 Satz 1 RVO ist erforderlich, weil § 183 Abs. 4 RVO gestrichen wird. Sie dient der Klarstellung, daß ein Anspruch auf Krankengeld vom Tage der Zuhilfenahme der Rente nicht gegeben ist.

Der Grund für die Regelung nach § 183 Abs. 4 RVO ist mit dem Lohnfortzahlungsgesetz weggefallen. Seither wird kein Zuschuß zum Krankengeld gezahlt, sondern für Arbeiter und Angestellte besteht in der Regel während der ersten 6 Wochen der

Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts. Da der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält, hat § 183 Abs. 4 RVO seine Bedeutung verloren. Im übrigen ist grundsätzlich davon auszugehen, daß die Rente Lohnersatzfunktion hat und daß daneben keine weitere Leistung mit gleicher Funktion (wie z. B. Krankengeld) zu gewähren ist. Dem Umstand, daß beschäftigte Erwerbsunfähige Rentner und Bezueher von Altersruhegeld keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wird durch den Änderungsvorschlag unter Nr. 36 dadurch Rechnung getragen, daß die Beiträge entsprechend zu ermäßigen sind.

Zu § 1 Nr. 4 bis 8 (§§ 201, 202, 203, 205 c, 214 Abs. 4 RVO)

An der geltenden Regelung über die Bemessung des Sterbegeldes nach dem Grundlohn wird kritisiert, daß sie bei einem Todesfall während einer vorübergehenden Beschäftigung mit niedrigem Entgelt (z. B. beim Tod eines Rentners, der vorübergehend gegen geringes Entgelt beschäftigt ist) deswegen zu unbefriedigenden Ergebnissen führt, weil es erheblich niedriger ist, als das Sterbegeld, das ohne die Beschäftigung zu zahlen wäre. Daher soll das Sterbegeld für alle Versicherten und auch für die im Rahmen der Familienhilfe Mitversicherten auf mindestens die Hälfte der in der Krankenversicherung geltenden monatlichen Entgeltgrenzen festgesetzt werden, das gilt auch für Rentner. Die Bemessung des Sterbegeldes nach diesem Kriterium sieht bereits das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vor. Insoweit trägt die Neuregelung zur Vereinheitlichung des Krankenversicherungsrechts bei. Da die Entgeltgrenzen in der Krankenversicherung dynamisiert sind, ist die Anpassung des vorgesehnen Mindeststerbegeldes, das im Jahre 1975 1050 DM betragen wird, an die Lohn- und Gehaltsentwicklung sichergestellt. Wie bisher bleibt es dem Satzungsrecht überlassen, das Sterbegeld vom Zwanzigfachen bis zum Vierzigfachen des Grundlohns zu erhöhen. Für die in der Krankenversicherung der Rentner Versicherten ist, da die bestehende Grundlohnbestimmung für Rentner durch die Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner aufgehoben wird, von einem neuen Grundlohn auszugehen, der an die Jahresarbeitsverdienstgrenze gekoppelt und daher ebenfalls dynamisiert ist. Der 540. Teil der Jahresarbeitsverdienstgrenze entspricht ungefähr dem sich nach geltendem Recht ergebenden Grundlohn für Rentner. Er wird im Jahre 1975 rund 46 DM betragen.

Soweit das geltende Recht noch mehrfache Ansprüche auf Sterbegeld zuläßt, besteht nach der Erhöhung des Mindeststerbegeldes hierfür kein Bedürfnis mehr. Sie werden deshalb beseitigt.

Unbefriedigend am geltenden Recht ist auch, daß die Großeltern, Enkel, Schwiegerkinder und Schwiegereltern vor allem dann, wenn sie den Verstorbenen vor seinem Tode versorgt oder gepflegt haben, kei-

nen Anspruch auf den Überschuß des Sterbegeldes haben, der nach Abzug der Bestattungskosten verbleibt. Diese Personengruppen werden daher in den Katalog der Überschußberechtigten nach § 203 RVO aufgenommen.

Die Änderungen nach Nrn. 6 bis 8 sind Folgeänderungen aus der vorgeschlagenen Neuordnung des Sterbegeldes.

Zu § 1 Nr. 9 (§ 238 RVO)

Die Vorschrift gibt den freiwillig Versicherten die Möglichkeit, die für sie zuständige Krankenkasse unter den genannten Voraussetzungen zu wählen. Damit werden die freiwilligen Mitglieder hinsichtlich der Zuständigkeitsregelung den pflichtversicherten Mitgliedern der Träger der Krankenversicherung gleichgestellt und alle bisherigen Einzelregelungen ersetzt.

Zu § 1 Nr. 10 (§ 294 Abs. 2 RVO)

Folgeänderung aus der Neuordnung des Sterbegeldes.

Zu § 1 Nr. 11 (§ 296 Abs. 3 RVO)

Da nach der Änderung des § 389 Abs. 2 Satz 2 RVO die Krankenkassen verpflichtet sind, die Beiträge unter den geschuldeten Voraussetzungen zu erhöhen, erübrigt sich in § 296 Abs. 3 RVO der Verweis auf den gesetzlichen Höchstbetrag.

Zu § 1 Nr. 12 (§ 310 RVO)

§ 310 RVO soll aus folgenden Gründen geändert werden:

a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen, weil die Entgegennahme einer Erklärung über den Beitritt zur Krankenkasse zu den laufenden Verwaltungs geschäften gehört, so daß die Erklärung bei jeder vom Geschäftsführer zur Entgegennahme bestimmten Stelle abgegeben werden kann. Da für die Erklärung keine besondere Form erforderlich ist, erübrigt sich der Hinweis, daß die Anmeldung schriftlich oder mündlich geschehen kann.

b) Die Einschränkung des Beitrittsrechts erkrankter und solcher Personen, für die das vorgelegte ärztliche Gesundheitszeugnis nicht genügt, ist nicht mehr gerechtfertigt, zumal alle Rentenbezieher mit dem Rentenanspruch versicherungspflichtig werden. Den Schutz der Versicherten gemeinschaftlich gegen mißbräuchliche Ausübung des Beitrittsrechts sichert Absatz 2 Satz 1, wonach für Erkrankungen, die beim Beitritt bereits bestehen, der Anspruch auf Kassenleistungen ausgeschlossen ist. Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 werden daher gestrichen.

Zu § 1 Nr. 13 (§ 312 Abs. 2 RVO)

Die Neufassung des § 312 Abs. 2 RVO stellt klar, wann die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Rentner endet. In den Fällen der Nummern 2 und 3

ist es aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung zweckmäßig, die Mitgliedschaft mit dem Ablauf des Monats enden zu lassen, in dem die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zu § 1 Nr. 14 (§ 313 RVO)

Die Änderung in Absatz 1 stellt sicher, daß sich versicherungspflichtige Rentner, deren Anspruch auf Rente endet, nach dem Ende der Mitgliedschaft freiwillig weiterversichern können.

Die Änderung in Absatz 2 Satz 1 folgt aus der Änderung in Absatz 1.

Durch die Neufassung des Absatzes 5 Satz 1 wird die Beitragsermäßigung, die nach geltendem Recht für freiwillig versicherte Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit und Entwicklungshelfer besteht, auf alle freiwillig Versicherte erstreckt, die nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf freie Heilfürsorge haben. Damit wird der begünstigte Personenkreis u. a. auf Beamte der Polizei, des Bundesgrenzschutzes und der Feuerwehr erweitert.

Zu § 1 Nr. 15 (§ 313 b RVO)

Folgeänderung aus Nr. 9. Nachdem den freiwillig Versicherten hinsichtlich der Kassenzuständigkeit ein weitgehendes Wahlrecht eingeräumt worden ist, bedarf es der Regelung des § 313 b RVO nicht mehr.

Zu § 1 Nr. 16 (§ 315 a RVO)

Die Neufassung des Absatzes 2 Satz 2 dient der Klarstellung.

Mit der Änderung des Absatzes 3 wird auch die Kassenzuständigkeit für die in § 315 a RVO angesprochenen Rentenansragsteller (Formalmitglieder) in gleicher Weise geregelt wie für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO bezeichneten Versicherten.

Zu § 1 Nr. 17 (§ 315 b RVO)

Nach geltendem Recht haben auch solche Rentenansragsteller, die anderweitig (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in der privaten Krankenversicherung) gegen die wirtschaftlichen Risiken der Krankheit gesichert sind, während der Laufzeit des Rentenanspruches Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten. Zwar werden ihnen die Beiträge zurückgezahlt, die sie vom Beginn der Rente bis zur Zustellung des die Rente gewährenden Bescheids geleistet haben. Gleichwohl wird diese Regelung als unbefriedigend angesehen.

Diejenigen Rentenansragsteller, die bis zur Rentenansragstellung anderweitig beitragsfrei versichert waren, wenden sich dagegen, daß sie nunmehr Beiträge zu zahlen haben. Andere Rentenansragsteller halten wegen der Ungewißheit über den Ausgang des Rentenverfahrens ihre private Krankenversicherung aufrecht und sind deshalb mit doppelten Beiträgen belastet. Doppelte Beitragszahlungen – ohne Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung (§ 381 Abs. 3 RVO) – kommen auch vor, wenn

ein in der privaten Krankenversicherung versicherter Rentenansragsteller seine Rente vor dem Tag beantragt hat, von dem an sie ihm zusteht. Um der berechtigten Kritik Rechnung zu tragen, sollen Rentenansragsteller nunmehr erklären können, daß ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung erst dann beginnt, wenn die Rente bewilligt ist. Geben sie eine derartige Erklärung ab, brauchen sie als Rentenansragsteller keine Beiträge zu zahlen; sie sind allerdings während dieser Zeit auch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Zu § 1 Nr. 18 (§ 317 Abs. 5 RVO)

Folgeänderung aus der vorgeschlagenen Neuordnung der knappschafflichen Krankenversicherung der Rentner.

Zu § 1 Nr. 19 (§ 318 a Abs. 1 RVO)

Um Schwierigkeiten bei der Durchführung der Versicherung und solcher Aufgaben, die der Krankenkasse übertragen sind, zu vermeiden, sollen die Versicherten künftig verpflichtet sein, der Krankenkasse alle für die Durchführung der Versicherung erforderlichen Meldungen und Angaben zu machen.

Zu § 1 Nr. 20 bis 21 (§ 319 a RVO)

Die Krankenkassen sollen gesetzlich beauftragt werden, ein Mitgliederverzeichnis zu führen, damit alle für die Durchführung der Versicherung notwendigen Daten erfasst und verfügbar sind.

Zu § 1 Nr. 22

Die Abschnittsüberschrift ist mit Rücksicht auf den durch das Leistungsverbesserungsgesetz vom 19. Dezember 1973 (BGBl. I S. 1925) eingefügten § 376 b RVO (Verträge der Krankenkassen mit Einrichtungen zur Erbringung von Haushaltshilfe) erweitert worden.

Zu § 1 Nr. 23 (§ 368 RVO)

Die Änderungen in Absatz 1 sind Folgeänderungen aus der Einfügung neuer Vorschriften in das Kassenarztrecht (vgl. § 1 Nrn. 30, 33 und 34).

Mit der Ergänzung des § 368 RVO durch einen neu einzufügenden Absatz 3 soll das Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung als Orientierungsmaßstab sowohl für die Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für die Beurteilung des Versorgungsstandes und Versorgungsbedarfs beschrieben werden. Hierin ist auch die Sicherstellung eines ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienstes eingeschlossen.

Zu § 1 Nr. 24 (§ 368 a RVO)

Absatz 1 beschreibt den Kreis der für eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in Betracht kommenden Ärzte und die dafür vorgeschrittenen Rechtsformen. Ob die Voraussetzungen für eine solche Teilnahme im Einzelfall gegeben sind, bestimmt sich nach den besonderen Bestimmungen

über die Zulassung, Beteiligung und Ermächtigung. Die Neufassung der Absätze 2, 3, 5 und 7 soll entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 den Grundsatz der Niederlassungsfreiheit auch im Kassenarztrecht betonen.

Durch die in Absatz 8 vorgesehene Möglichkeit auch der unmittelbaren Inanspruchnahme beteiligter Krankenhäuser soll die freie Arztwahl für die Versicherten verbessert werden. Die Fälle unmittelbarer Inanspruchnahme soll der Zulassungsausschluß im Beschluß über die Beteiligung des Krankenhauses entsprechend den Regelungen in der Zulassungsordnung für Kassenärzte und der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte bestimmen.

Zu § 1 Nr. 25 (§ 368 c RVO)

Die Änderung des § 368 c Abs. 1 erweitert den Regelungsbereich der Zulassungsordnungen.

Die Änderung des § 368 c Abs. 2 Nr. 1 RVO konkretisiert die Verordnungsmächtigung zur Regelung der Einzelheiten der Bedarfsplanung. Das gleiche gilt für den neu eingefügten Absatz 2 Nr. 12 im Hinblick auf die Möglichkeit, daß neben zugelassenen und beteiligten Ärzten weitere Ärzte (z. B. nachgeordnete Krankenhausärzte) oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden können. Damit sollen insbesondere kurzfristige Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen in flexibler Weise ermöglicht werden. Diese Teilnahmeform soll zugleich an die Stelle der bisher möglichen Beteiligung von Ärzten in besonderen Fällen treten (vgl. § 30 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte).

Die Neufassung des Absatz 3 bezweckt – in der Form der Verordnungsmächtigung für die Ausgestaltung der näheren Einzelheiten in den Zulassungsordnungen – die gesetzliche Absicherung der Möglichkeit, als Steuerungsmaßnahme bei Unterversorgung in bestimmten Gebieten schließlich auch die Zulassung von Kassenärzten in nicht betroffenen Gebieten zu beschließen, wenn durch andere Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 a Abs. 7 RVO) die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden können. Je nach den Notwendigkeiten und regionalen Verhältnissen können als räumlicher Bezug für Zulassungsbeschränkungen sowohl der Zulassungsbezirk, in dem unterversorgte Gebiete liegen, als auch umliegende Zulassungsbezirke innerhalb eines Landes infrage kommen.

Zu § 1 Nrn. 26 und 27 (§§ 368 d und 368 e RVO)

Folgeänderungen aus den Änderungen des § 368 a Abs. 1 und Abs. 8 RVO (§ 1 Nr. 24) sowie des § 368 n Abs. 3 RVO (§ 1 Nr. 30).

Zu § 1 Nr. 28 (§ 368 i RVO)

Die Änderung des § 368 i Abs. 2 und 3 RVO bezweckt die Erweiterung der Besetzung der Landes-

und Bundeschiedsämter für die kassenärztliche Versorgung durch zwei zusätzliche unparteiische Mitglieder. Damit soll eine breitere Basis für die Entscheidung der Schiedsämter geschaffen werden. Zugleich wird das bisher bei Meinungsverschiedenheiten der Wahlberechtigten über die Person des Vorsitzenden vorgesehene Losverfahren durch ein an Vorschläge der Wahlberechtigten gebundenes Beratungsverfahren der Aufsichtsbörden ersetzt, wie dies nach geltendem Recht auch bei der Besetzung der Landesausschüsse und Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen vorgesehen ist.

Zu § 1 Nr. 29 (§ 368 m RVO)

In § 368 m Abs. 4 RVO soll die Höchstsumme für die Geldbuße bei Verletzung kassenärztlicher Pflichten an die wirtschaftliche Entwicklung angepaßt werden.

Durch den neu einzufügenden Absatz 5 soll den Kassenärztlichen Vereinigungen die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen auf dem Gebiete der kassenärztlichen Tätigkeit vorgeschrieben werden. Dies bedeutet, daß die Fortbildungsmaßnahmen an der spezifischen ärztlichen Tätigkeit des Kassenarztes im System der kassenärztlichen Versorgung ausgerichtet und auf seine fachlichen Bedürfnisse zugeschnitten sein sollen. Die Aufgaben und Befugnisse der Ärztekammern zur Unterstützung des Arztes in der Erfüllung seiner aus den berufsrechtlichen Vorschriften sich ergebenden Verpflichtung, sich beruflich fortzubilden, bleiben unberührt; bei dieser Regelung wird von einer Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere mit den Ärztekammern der Länder ausgegangen. Die kassenärztliche Selbstverwaltung hat die nähere Ausgestaltung der Fortbildung und der Modalitäten der Teilnahmepflicht zu regeln.

Zu § 1 Nr. 30 (§ 368 n RVO)

Die Änderung in § 368 n Abs. 1 Satz 1 RVO dient der redaktionellen Verdeutlichung. Es soll der Bezug des Sicherstellungsauftrags inhaltlich auf die Grundnorm über den Umfang der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 Abs. 2 RVO), die seit Inkrafttreten des Kassenarztrechts mehrfach erweitert worden ist, klargestellt werden.

Die Einfügung in § 368 n Abs. 1 Satz 2 RVO schreibt die Erstellung von Bedarfsplänen für die kassenärztliche Versorgung als Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und die hierzu notwendige Zusammenarbeit dieser Vereinigungen mit den Krankenkassen vor. Eine nähere Ausgestaltung dieser Verpflichtung soll in der Zulassungsordnung für Kassenärzte und der Zulassungsordnung für Zahnärzte vorgesehen werden (vgl. die Begründung zu § 1 Nr. 25).

Entsprechend einer in der Approbationsordnung für Ärzte vorgesehenen Klarstellung bezweckt die Ergänzung des § 368 n Abs. 3 RVO, den neben den

Hochschulkliniken mit der Durchführung der praktischen Ausbildung der Medizinstudierenden beauftragten „akademischen Lehrkrankenhäusern“ im gleichen Umfang wie den Hochschulkliniken die poliklinische Behandlung von Versicherten zu ermöglichen.

Durch die Ergänzung in § 368 n Abs. 7 Satz 1 RVO sollen die Maßnahmen, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung heute schon ergreifen (z.B. Umsatzgarantien für neubesetzende Kassenarztsitze, Praxisgründung, Bauvorfinanzierung von Arztbüros u.ä.) rechtlich abgesichert werden; soweit derartige Maßnahmen noch nicht ergriffen worden sind, sollen Kassenärztliche Vereinigungen hierzu veranlaßt werden. Die Regelung in Satz 2 soll das Betreiben von dort näher bezeichneten Einrichtungen oder die Beteiligung hieran (z.B. medizinisch-technische Zentren) ermöglichen.

Zu § 1 Nr. 31 und 32 (§§ 368 o und 368 p RVO)

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bedarfsplanung sollen den Rahmen für die Durchführung der Planung festlegen. Dabei soll insbesondere durch die Bestimmung entsprechender Kriterien zu einer in allen Ländern einheitlichen Feststellung des Versorgungsstandes und Beurteilung des Versorgungsbedarfs beigetragen werden.

Zu § 1 Nr. 33 (§§ 368 r und 368 s RVO)

Die Vorschriften des § 368 r Abs. 1 RVO weisen den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen die Aufgabe zu, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erstellten Bedarfspläne zu beraten. Damit sollen Meinungsverschiedenheiten zwischen diesen und anderen Beteiligten geklärt und Beratungsergebnisse gegebenenfalls in Form von Empfehlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gerichtet werden. Diese Regelung ist Folge des Grundsatzes, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung tragen müssen. Daher sollen sie auch bei Meinungsverschiedenheiten wegen der sich im Falle des Scheiterns der Sicherstellung ergebenden Konsequenzen (vgl. § 368 s RVO) die ungeteilte Verantwortung für die Bedarfsplanung haben. Dem entspricht andererseits, daß für die Frage, ob die Kassenärztliche Vereinigung die ärztliche Versorgung sichergestellt hat, der Bedarfsplan nicht das einzige und andere ausschließende Beurteilungsmittel ist. Das Verfahren soll in den Zulassungsordnungen näher geregelt werden.

Absätze 2 und 3 des § 368 r RVO regeln als weitere Aufgabenbereich der Landesausschüsse ihre Befugnisse bei ärztlicher Unterversorgung. Dabei wird

von der verfassungsrechtlich gebotenen Stufung der Eingriffe in die Niederlassungsfreiheit der Ärzte ausgegangen und vor die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ein Feststellungs- und Fristsetzungsverfahren gesetzt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen hierbei dies entspricht dem Gebot, vor Beschränkung der Zulassungsfreiheit, andere Mittel der Sicherstellung auszuschöpfen – nochmals auf ihre maßgebliche Verpflichtung hingewiesen werden, mit allen geeigneten Mitteln die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen (§ 368 n Abs. 7 RVO) (vgl. § 1 Nr. 30). Inhalt und Umfang der Zulassungsbeschränkungen im einzelnen sollen die Zulassungsordnungen regeln.

§ 368 s RVO ermächtigt im Falle des Scheiterns von Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Erfolglosigkeit von Zulassungsbeschränkungen die Krankenkassen, in den unterversorgten Gebieten die ärztliche Versorgung in eigener Verantwortung sicherzustellen. Das Recht, die nach dieser Vorschrift von den Krankenkassen eingeleiteten Maßnahmen weiterzuführen, soll durch nachträgliche Veränderungen der Versorgungssituation oder eine mögliche Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen nicht berührt werden.

Zu § 1 Nr. 34 (§ 368 t RVO)

Redaktionelle Anpassung.

Zu § 1 Nr. 35 (§ 381 RVO)

In der Regel haben die in der Krankenversicherung beitragsfrei versicherten Rentner während ihrer Erwerbslosigkeit Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt und damit zu den Aufwendungen der Krankenversicherung der Rentner beigetragen, die durch die Beiträge der Träger der Rentenversicherung nicht voll gedeckt sind. Es wird als unbillig empfunden, daß Personen, die nicht eine angemessene Zeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und damit am Solidarausgleich für die Krankenversicherung der Rentner nicht ausreichend beteiligt waren, mit der Zubilligung der Rente beitragsfrei in der Krankenversicherung der Rentner versichert sind. Daher sollen künftig Rentner, die nicht mindestens 20 Jahre in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, einen zusätzlichen Beitrag zahlen.

Von diesem zusätzlichen Beitrag sind aus Billigkeitsgründen diejenigen Personen freigestellt, bei denen der Eintritt des Versicherungsfalles der Rentenversicherung auf außergewöhnliche Ereignisse zurückzuführen ist und von diesen Personen nicht vorausgesehen werden konnte. Bei diesen Personen wird deshalb auch die Erfüllung der Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung fiktionalisiert.

Die Bemessung des zusätzlichen Beitrags ist in § 385 Abs. 4 RVO (vgl. § 1 Nr. 36) geregelt.

Die Neufassung des § 381 Abs. 4 RVO regelt wie bisher die Zahlung des Beitragszuschusses an solche Rentner, die nicht in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, weil sie von der Ver-

sicherungspflicht befreit sind oder weil sie sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten und deshalb nicht Mitglieder der Rentenversicherung sind. Die Nennung des zuletzt genannten Personenkreises als Zuschußberechtigte entspricht dem bereits geltenden Recht.

Zu § 1 Nr. 36 (§ 385 RVO)

Bezieher einer Erwerbsunfähigkeitsrente oder eines Altersruhegeldes, die in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, haben nach geltendem Recht nach Ablauf der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall keinen Krankengeldanspruch. Gleichwohl haben sie den vollen Beitragsteil zur Krankenversicherung nach ihrem Arbeitsentgelt zu entrichten. Der hiergegen erhobenen Kritik wird dadurch Rechnung getragen, daß die Beiträge dieser Versicherten, die von der Zubilligung der Rente an keinen Krankengeldanspruch haben, entsprechend zu ermäßigen sind (Absatz 2).

Nach geltendem Recht sollten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 10,98 v. H. ihrer Rentenausgaben als Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner zahlen. Tatsächlich lag aber die Summe der nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO geleisteten Beiträge der Träger der Rentenversicherung in den letzten drei Jahren erheblich über dem vom Gesetzgeber festgelegten Beitragsanteil, den die Träger der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner zahlen sollten (vgl. hierzu: III. Wirtschaftliche Auswirkungen). Die nach § 393 a RVO zu erlassenden Rechtsverordnungen für die Jahre 1971 bis 1974, mit denen die Überzahlungen zu korrigieren sind, wurden bisher nicht erlassen. Die Verpflichtung hierzu wird durch Artikel 2 § 10 Abs. 1 aufgehoben, so daß den Trägern der Krankenversicherung die ihnen seit 1971 zugeflossenen Überzahlungen verbleiben.

Für die Zukunft sollen die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten grundsätzlich als Beiträge für die pflichtversicherten Rentner laufend 11 v. H. der Rentenbeiträge aufbringen (Absatz 3). Dieser Gesamtbeitrag, der sich nach der Summe aller von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten tatsächlich gezahlten Rentenbeiträge bemittelt, wird nach § 393 a RVO auf die nach § 393 b RVO berechneten Krankenkassen und Ersatzkassen aufgeteilt. Diese Regelung knüpft an die bisherige Regelung an. Sie verhindert jedoch in Zukunft, daß den Trägern der Krankenversicherung Unter- oder Überzahlungen zufließen. Artikel 2 § 10 Abs. 2 und 3 enthält Übergangsregelungen, mit denen sichergestellt wird, daß der Übergang von der derzeitigen Finanzsituation der Krankenversicherung der Rentner zu der Neuordnung nicht zu sprunghaften Steigerungen der Belastung der Krankenversicherung führt.

Der in § 381 Abs. 2 a RVO bezeichnete Personenkreis soll durch den zusätzlichen Beitrag zur Finanzierung der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner herangezogen werden. Der

Berechnung des zusätzlichen Beitrags soll ein Fünftel des allgemeinen Beitragssatzes und das auf gesetzlichen Vorschriften beruhende Renteneinkommen bis zur Höhe der Beitragbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden (Absatz 4).

Zu § 1 Nr. 37 (§ 389 Abs. 2 RVO)

Das Bundessozialgericht geht davon aus, daß die Garantiehaftung der Gemeindeverbände nach § 389 Abs. 2 RVO nicht vorfassungsmäßig ist (vgl. BSG vom 24. Mai 1972, Band 34, S. 177 ff.). Eine gesetzliche Neuregelung in diesem Bereich ist daher erforderlich. Die bisherige Regelung der Garantiehaftung hat nicht dazu geführt, daß die Beitragsentwicklung bei den Ortskrankenkassen günstiger verlaufen ist als bei den Krankenkassen, die keinen Gewährträger haben. Die Garantiehaftung stellt also kein geeignetes Mittel dar, um die Finanzierung der Krankenversicherung zufriedenstellend zu steuern und zu ordnen. Hinzu kommt, daß die Ortskrankenkassen Selbstverwaltungskörperschaften mit eigener Finanzhoheit sind, denen der Bund zwar durch Gesetze Aufgaben zuweisen kann, auf deren Ausführung er jedoch keinen Einfluß hat. Der Einfluß der Aufsichtsbehörden ist weitgehend auf die Ausübung der Rechtsaufsicht beschränkt. Nach allem ist es geboten, die Garantiehaftung nach § 389 Abs. 2 Satz 2 RVO durch die Verpflichtung zu ersetzen, die Beiträge durch Satzungsänderung in der erforderlichen Höhe zu bestimmen, falls eine Vereinbarung nicht möglich ist oder trotz der Vereinbarbeit die Beiträge für die Regelleistungen nicht ausreichen. Künftig sollen der Selbstverwaltung der Verbände bessere Möglichkeiten geboten werden, für die Überwindung außergewöhnlicher finanzieller Schwierigkeiten einzelner Krankenkassen zu sorgen (vgl. §§ 393 d und 414 b Abs. 2 RVO). Ob weitere, besser geeignete Mittel zur Steuerung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung von der Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung vorgeschlagen werden, bleibt abzuwarten.

Zu § 1 Nr. 38 (§§ 393 a bis 393 d)

Die neuen Vorschriften regeln die Zahlung und Verteilung der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner, den Ausgleich der unterschiedlichen Belastung aus der Krankenversicherung der Rentner unter den Krankenkassen und Ersatzkassen (§§ 393 a und 393 b RVO) sowie die Möglichkeit eines freiwilligen Belastungsausgleichs zwischen den Kassen einer Kassenart (§ 393 d RVO). Das Nähere hierzu soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung bestimmen (§ 393 c RVO).

a) – § 393 a RVO –

Die Zahlungen der Beiträge der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner sind wie bisher monatlich zu leisten, um die Liquidität der Kassen nicht zu gefährden.

Die Grundsätze über die Verteilung der Beiträge ergeben sich aus § 393 b RVO.

b) – § 393 b RVO –

Um die unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen durch die von ihnen zu tragenden Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner gleichmäßig zu verteilen, sieht die Vorschrift einen Ausgleich vor. Der Ausgleich wird in einem einstufigen Verfahren mit den Beiträgen der Träger der Rentenversicherungen zu der Krankenversicherung der Rentner und den Finanzierungsanteilen der Krankenkassen und Ersatzkassen durchgeführt.

Hierzu ist der durchschnittliche Anteil je Versicherten ohne Rentner an dem durch Beiträge der Rentenversicherung nach § 381 Abs. 2 RVO nicht gedeckten gesamten Leistungsaufwand der Krankenversicherung der Rentner zu ermitteln. Die Multiplikation des festgestellten Pro-Kopf-Beitrages mit der Zahl der Versicherten ohne Rentner der einzelnen Kasse ergibt den Finanzierungsanteil dieser Kasse. Ist der Leistungsaufwand der Kasse für ihre Rentner höher als der Finanzierungsanteil, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge der Rentenversicherungsträger nach § 381 Abs. 2 RVO und auf die Überschüsse der Kassen, deren Leistungsaufwand geringer ist als der Finanzierungsanteil. Andererseits haben die Kassen, bei denen der Finanzierungsanteil den Leistungsaufwand übersteigt, den überschüssigen Betrag für die Finanzierung der Beiträge der Rentenversicherung zur Deckung des Leistungsaufwandes nicht ausreichen. Durch den Ausgleich werden die überdurchschnittlich belasteten Kassen von solchen Kassen, deren Aufwendungen unter dem Durchschnitt aller Kassen liegen, entlastet. Damit wird erreicht, daß die aktiven Mitglieder aller Krankenkassen und Ersatzkassen zu den durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Krankenversicherung der Rentner mit dem gleichen Betrag beitragen.

Der Ausgleich soll im Wege der Verrechnung mit den von den Krankenkassen einzuziehenden Beiträgen zur Rentenversicherung durchgeführt werden. Da die Finanzierungsanteile den einzelnen Krankenkassen nicht bekannt sind, werden sie vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jährlich berechnet und veröffentlicht. Um bei der vorgesehenen monatlichen Beitragszahlung schon während des laufenden Geschäftsjahres den endgültigen Finanzierungsanteilen der Kassen weitestgehend nahezu kommen, ist der voraussichtliche Finanzierungsanteil auf Grund der letzten Geschäftsergebnisse vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung monatlich zu ermitteln und bekanntzugeben. Sobald die endgültigen Geschäftsergebnisse für das abgelaufene Kalenderjahr vorliegen, werden die Differenzbeiträge zwischen den im laufenden Geschäftsjahr erzielten und den endgültigen Ergebnissen ausgeglichen.

c) – § 393 c RVO –
Die Regelung der Einzelheiten des Verfahrens in einer Rechtsverordnung gewährleistet ihre Flexibilität. Da der Ausgleich der Kassen für die durch Beiträge nicht gedeckten Aufwendungen für pflichtversicherte Rentner durch Verrechnung erfolgen soll, werden Zahlungen an eine Ausgleichsstelle vermieden. Die Verrechnung mit den von den Kassen eingezogenen Beiträgen zur Rentenversicherung können die Kassen selbst durchführen, wenn der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung den Finanzierungsanteil bekanntgegeben hat. Sie verrechnen den ihnen zustehenden Anteil an dem Gesamtbetrag zur Krankenversicherung der Rentner mit den von ihnen eingezogenen Rentenversicherungsbeiträgen und leiten überschüssende Beträge an die Rentenversicherung weiter.

Da der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung den Finanzierungsanteil berechnen, entstehen für die Kassen keine Verwaltungskosten. Um die Berechnungen durchführen und Einzelheiten des Ausgleichsverfahrens regeln zu können, benötigt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung entsprechende Angaben der Kassen und der Träger der Rentenversicherungen. Soweit er über diese Angaben nicht verfügt, wird er ermächtigt, den Kassen und den Trägern der Rentenversicherungen durch Rechtsverordnung weitere Meldepflichten auferlegen.

d) – § 393 d RVO –

Um innerhalb einer Kassenart die über den Ausgleich nach § 393 b RVO hinaus noch verbleibenden ungleichen Belastungen der Versicherten zu vermeiden, können die Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bereich des jeweiligen Verbandes die Durchführung eines Belastungsausgleichs in ihren Satzungen beschließen. Der Belastungsausgleich führt dazu, daß jeder Beitragszahler die durch die Beiträge der Träger der Rentenversicherung innerhalb einer Kassenart nicht gedeckten Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner mit einem gleichen Anteil vom Grundlohn mitträgt. Hierzu wird sein Finanzierungsanteil als Vomhundertsatz des Grundlohns ausgedrückt. Für die Berechnung des Finanzierungsanteils sind in der betreffenden Kassenart die gesamten Leistungsaufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner zu ermitteln und davon die Einnahmen aus den Beiträgen der Träger der Rentenversicherung abzuziehen. Der verbleibende Finanzierungsanteil der am Ausgleich beteiligten Kassen ist in Relation zu setzen zur Grundlohnsumme der Mitglieder dieser Kassen mit Ausnahme der Rentner. Den so ermittelten Vomhundertsatz des Grundlohns hat jede Krankenkasse der Kassenart mit den Beiträgen der versicherten Beitragszahler aufzubringen.

Da den Bundesverbänden nicht die Krankenkassen, sondern die Landesverbände als Mitglieder ange-

hören, setzt die Durchführung des Belastungsausgleichs voraus, daß die Landesverbände die Teilnahme der Krankenkassen hieran satzungsrechtlich sicherstellen.

Zu § 1 Nr. 39 (§ 405 RVO)

Die in der neuen Vorschrift genannten nicht versicherungspflichtig beschäftigten Angestellten, die zugleich als landwirtschaftliche Unternehmer in der Krankenversicherung der Landwirte versichert sind, erhalten nach geltendem Recht keinen Zuschuß des Arbeitgebers zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Sie sind insofern gegenüber den nicht versicherungspflichtigen Angestellten, die sich in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert haben oder privat versichert sind, benachteiligt. Dieser Nachteil soll durch den neuen Absatz 2 beseitigt werden, indem der Arbeitgeber verpflichtet wird, zum Beitrag des bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versicherten Angestellten einen Zuschuß zu zahlen.

Die Änderung unter Buchstabe b ergibt sich aus der Einfügung des Absatzes 2.

Zu § 1 Nr. 40 (§ 414 b Abs. 2 RVO)

Die Selbstverwaltungen der Landesverbände der Krankenkassen sollen ermächtigt werden, durch die Erhebung einer Umlage dafür zu sorgen, daß die Mitgliedskassen insbesondere durch die Kosten für aufwendige Leistungsfälle nicht in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Eine derartige Ermächtigung zur Erhebung einer Umlage seiner Mitgliedskassen ist für den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte bereits vorgesehen.

Aufgrund der hier vorgeschlagenen Ermächtigung wären die Landesverbände in der Lage, Mitgliedskassen zu unterstützen, wenn diese außergewöhnliche und unvorhergesehene Aufwendungen aus ihren laufenden Einnahmen nicht decken können. Damit wird der Selbstverwaltung ein verlässliches, konformes Instrument geboten, von dem zu erwarten ist, daß es besser als die Garantiehaftung in der Lage ist, außergewöhnliche finanzielle Schwierigkeiten der Krankenkassen zu überwinden.

Zu § 1 Nr. 41 (§ 452 Abs. 1 RVO)

Die Vorschrift wird an die Neuregelung des Sterbegeldes und an die veränderte Rechtslage bei der Krankenhilfe angepaßt. Es wird nun noch der Bezug des Krankengeldes unter den näher bezeichneten Voraussetzungen ausgeschlossen.

Zu § 1 Nrn. 42 bis 47 (§§ 507, 514, 515, 516 a RVO)

Mit den vorgeschlagenen Änderungen wird das Ersatzkassenrecht dem weiterentwickelten Recht der allgemeinen Krankenversicherung angepaßt.

Zu § 1 Nrn. 48 und 49 (§ 525 c RVO)

Aus systematischen Gründen sollen in § 525 c RVO die ärztliche Versorgung, die Krankenhaus-, Arzneimittel- und Heilbammensversorgung betreffenden Vorschriften des Ersatzkassenrechts zusammengefaßt und die entsprechenden Vorschriften für die Anwendung der Bedarfsplanung und der Maßnahmen bei Unterversorgung auch für die Ersatzkassen vorgesehen werden.

Die Regelung in Absatz 1 stellt sicher, daß künftig Ärzte und Zahnärzte gleichermaßen für RVO-Krankenkassen und Ersatzkassen an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Vorschrift hat zugleich Bedeutung für die Bedarfsplanung und die im Falle der Unterversorgung aufkommenden Fragen. Eine Übergangsregelung enthält Artikel 2 § 11.

Zu § 2 Nr. 1 (§§ 15 bis 24 RKG)

Durch die Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes wird das Recht der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner weiterentwickelt. Die Knappschaftsrentner werden den Rentnern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten gleichgestellt, soweit es die Besonderheiten der bergmännischen Versicherung zulassen. Die Finanzierung der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner bleibt grundsätzlich unberührt.

Die Neuregelung bietet zudem Anlaß, den Abschnitt über die Vorschriften der Krankenversicherung (§§ 15 ff. RKG) neu zu fassen.

- Der neue § 15 RKG enthält die Regelungen des bisherigen § 15 RKG und des auf Grund des § 16 RKG in der bisherigen Fassung erlassenen Satzungsrechts.
- Der durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation neu eingeführte § 17 RKG erhält die Bezeichnung § 16 RKG.

- Die bisher in § 19 RKG geregelte Versicherungspflicht der Rentner wird nach § 17 RKG übernommen und der Neuregelung des § 165 Abs. 6 der Rentenversicherungsgesetz angepaßt. Außerdem wird in Absatz 2 Nr. 1 der Vorrang der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner gegenüber der Rentenversicherung der Angestellten nach der Reichsversicherungsordnung normiert.

- Der neue § 18 RKG übernimmt für die Knappschaftsrentner die Regelung des § 173 a der Reichsversicherungsordnung. Knappschaftlich versicherte Rentner werden auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner befreit, wenn sie für sich und ihre Angehörigen einen der Art nach gleichen Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung nachweisen.

- Nach dem neu gefaßten § 19 Abs. 1 RKG gehören die versicherungspflichtigen Knappschaftsrentner grundsätzlich – wie bisher – der Bundesknappschaft an. Nach der in § 19 Abs. 2, 3 und 5 RKG vorgesehenen Neuregelung werden jedoch den Beziehern einer Knappschaftsrente die gleichen Möglichkeiten eingeräumt, die Mitgliedschaft bei einem anderen Träger der Krankenversicherung zu wählen, wie sie für die Rentner der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten nach der Reichsversicherungsordnung bestehen. Andererseits sollen Bezücker von Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten das Recht erhalten, die Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft zu beantragen, wenn ihr Elternteil knappschaftlich krankenversichert ist (vgl. § 19 Abs. 4 der vorgesehenen Neuordnung).

- Beginn und Ende der Mitgliedschaft als Knappschaftsrentner sowie als Rentenantragsteller (Formalversicherter) werden durch §§ 20 bis 22 RKG der Regelung in der allgemeinen Krankenversicherung der Rentner angepaßt.

- § 23 RKG entspricht dem bisherigen § 19 Abs. 3 RKG.

- § 24 RKG entspricht inhaltlich dem bisherigen § 20 RKG.

Zu § 2 Nr. 2 (§ 34 RKG)

Durch Ergänzung des § 34 RKG um die Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner wird der Katalog der Regelleistungen dem der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten angepaßt. Die Aufwendungen der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner werden wie bisher von dem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet (vgl. § 120 RKG). Die Bundesknappschaft zahlt künftig aber auch Beiträge an die nicht knappschaftlichen Träger der Krankenversicherung für die bei diesen versicherten Knappschaftsrentner; außerdem erhalten freiwillig oder in der privaten Krankenversicherung versicherte Knappschaftsrentner Beitragszuschüsse nach dem neu vorgesehenen § 126 Abs. 3 RKG.

Zu § 2 Nr. 3 (§ 120 RKG)

Die Neufassung des § 120 RKG stellt klar, daß alle durch gesetzlich vorgeschriebene Einnahmen (vgl. § 126 Abs. 1 und 4 RKG) nicht gedeckten Aufwendungen der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner wie bisher von dem Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet werden.

Zu § 2 Nr. 4 (§ 126 RKG)

Die neue Vorschrift regelt folgende Beitragsverpflichtungen im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner, die den in der Reichsversicherungsordnung vorgeschlagenen Änderungen angepaßt werden:

- Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zahlen an die Bundesknappschaft Beiträge für die bei der Bundesknappschaft versicherten Bezücker einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten (Absatz 1);
- für die bei einer Krankenkasse oder Ersatzkasse versicherten Knappschaftsrentner zahlt die Bundesknappschaft – wie die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten – Beiträge (Absatz 2);

- Knappschaftsrentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten – wie die Bezücker einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten – von der Bundesknappschaft einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag (Absatz 3);

- die bei der Bundesknappschaft versicherten Bezücker einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten haben an die Bundesknappschaft einen zusätzlichen Beitrag zu zahlen, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, nicht mindestens 20 Jahre in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (Absatz 4); wie in der allgemeinen Krankenversicherung sind auch die in § 1252 RVO genannten Personen von dem zusätzlichen Beitrag befreit; die Regelung dient der Gleichstellung mit den Bezücker einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten;

- die Höhe des nach den Absätzen 1 bis 3 zu zahlenden Beitrages entspricht dem durchschnittlichen Beitrag, den die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für die in der Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtigen Mitglieder der Krankenkassen und Ersatzkassen zu zahlen haben.

Die Höhe des zusätzlichen Beitrages nach Absatz 4 richtet sich nach der entsprechenden Vorschrift der Reichsversicherungsordnung (§ 385 Abs. 4 RVO i.d.F. des § 1 Nr. 36).

Zu § 2 Nr. 5 (§ 204 a RKG)

Die Vorschriften des Kassenarztrechts über die Bedarfsplanung werden auch auf die ärztliche Versorgung im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung erstreckt.

Zu § 3

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte muß den Änderungen der Reichsversicherungsordnung und des Reichsknappschaftsgesetzes angepaßt werden; außerdem sollen Unzulänglichkeiten beseitigt werden, die sich seit der Einführung der Krankenversicherung der Landwirte gezeigt haben.

Zu § 3 Nr. 1 (§ 3 KVLG)
Die Änderung nach Buchstabe a dient der redaktionellen Anpassung. Eine Befreiung nach § 173 a oder nach § 173 b RVO von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung schließt nach geltendem Recht die Versicherungspflicht als Anteilhaber in der Krankenversicherung der Landwirte nicht aus. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb Personen, die sich wegen ihrer Zugehörigkeit zur privaten Krankenversicherung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung haben befreien lassen, gleichwohl in einem anderen Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung der Krankenversicherung der Landwirte – als Anteilhaber pflichtversichert sind. Deshalb stellt die Änderung unter Buchstabe b klar, daß die Anteilhaber, die sich von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung haben befreien lassen, nicht in der Krankenversicherung der Landwirte versichert sind.

Zu § 3 Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 KVLG)

Die Änderung stellt klar, daß es für den Anspruch nach § 4 Abs. 3 KVLG ausreicht, wenn eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG erfüllt ist.

Zu § 3 Nr. 3 (§ 4 a KVLG)

Trifft eine Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer mit einer Beschäftigung als nicht versicherungspflichtiger Angestellter zusammen, so besteht nach geltendem Recht Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte. Dagegen sind landwirtschaftliche Unternehmer, die als Angestellte versicherungspflichtig beschäftigt sind, nicht in der Krankenversicherung der Landwirte, sondern als Arbeitnehmer in der allgemeinen Krankenversicherung versichert. Die unterschiedliche Regelung führt dazu, daß Angestellte mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsverdienstgrenze bei Arbeitsunfähigkeit aus der Krankenversicherung der Landwirte kein Krankengeld erhalten und sich daher häufig zusätzlich versichern. Außerdem haben sie keinen Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag.

Das Problem soll dadurch gelöst werden, daß sich landwirtschaftliche Unternehmer, die als Angestellte wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht versicherungspflichtig, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte befreien lassen können. Dadurch können sie eine Doppelversicherung vermeiden; zu ihrem Beitrag als freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten sie den Arbeitgeberzuschuß nach § 405 Abs. 1 RVO. Andererseits wird den landwirtschaftlichen Unternehmern, die als Angestellte wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht versicherungspflichtig sind und von dem Befreiungsrecht keinen Gebrauch machen wollen (z. B. weil für sie die Gestaltung einer Ersatzkraft aus der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

rung von Bedeutung ist und sie den Entgeltzufall bei Arbeitsunfähigkeit durch eine Zusatzversicherung abdecken wollen), Anspruch auf den Zuschuß des Arbeitgebers zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag bei ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse durch die neue Regelung nach § 405 Abs. 2 RVO eingeräumt (vgl. § 1 Nr. 39).

Zu § 3 Nr. 4 (§ 37 Abs. 2 KVLG)

Die Vorschrift wird an die geänderte Regelung über das Sterbegeld nach der Reichsversicherungsordnung (vgl. § 1 Nr. 5) angepaßt.

Der Regelbetrag des Sterbegeldes in der Krankenversicherung der Landwirte entspricht bereits dem für die allgemeine Krankenversicherung vorgeschriebenen Mindestbetrag.

Zu § 3 Nr. 5 (§ 41 KVLG)

Die Regelungen über die Ansprüche nach § 214 Abs. 1 bis 3 RVO sollen auch für die mitarbeitenden Familienangehörigen nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte gelten, da nach diesem Gesetz grundsätzlich die gleichen Leistungen gewährt werden sollen wie in der allgemeinen Krankenversicherung.

Zu § 3 Nr. 6 (§ 46 Abs. 1 KVLG)

Die Regelung der Kassenzuständigkeit der mitarbeitenden Familienangehörigen hat zu Schwierigkeiten geführt, da mitarbeitende Familienangehörige in bestimmten Fällen einer anderen landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören als ihre Unternehmer. Mit der Neuregelung soll erreicht werden, daß mitarbeitende Familienangehörige bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind, deren Mitglied ihr landwirtschaftlicher Unternehmer ist.

Zu § 3 Nr. 7 (§ 49 KVLG)

a) Die in dem neuen § 4 a KVLG getroffene Regelung soll auch für die in § 49 KVLG genannten Antragsteller gelten.

b) Anpassung an § 1 Nr. 16 (§ 315 a Abs. 2 RVO).

Zu § 3 Nr. 8 (§ 49 a KVLG)

Anpassung an § 1 Nr. 17 (§ 315 b RVO).

Zu § 3 Nr. 9 (§ 62 Abs. 2 KVLG)

Anpassung an die Änderungen des Reichsknappschäftsgesetzes.

Zu § 3 Nr. 10 (§ 63 Abs. 3 KVLG)

Redaktionelle Anpassung.

Zu § 3 Nr. 11 (§ 64 Abs. 1 KVLG)

Die Vorschrift dient der Anpassung an § 381 Abs. 3 RVO.

Zu § 3 Nr. 12 (§ 65 Abs. 2 KVLG)

Die Änderung bewirkt, daß die landwirtschaftlichen Krankenkassen den Beitrag der höchsten Beitragsklasse dem Vergleichsbeitrag jederzeit anpassen können. Dadurch können Änderungen des allgemeinen Beitragsatzes der in Betracht kommenden Ortskrankenkassen während des ganzen Kalenderjahres berücksichtigt werden, so daß die Zahlung der landwirtschaftlichen Krankenkasse die Beiträge in der höchsten Beitragsklasse auch während des Kalenderjahres verändern kann.

Zu § 3 Nr. 13 (§ 94 Abs. 4 KVLG)

Nach geltendem Recht erhalten die von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG befreiten Anteilhaber einen Zuschuß zu dem Beitrag für ihre private Krankenversicherung. Da es nicht gerechtfertigt ist, daß zu einem Krankenversicherungsbeitrag zwei Zuschüsse geleistet werden, stellt die Ergänzung des § 94 Abs. 4 KVLG sicher, daß dieser Anspruch entfällt, solange Anspruch auf den vom Rentenversicherungsträger nach § 381 Abs. 4 RVO oder vom Arbeitgeber nach § 405 RVO zu zahlenden Zuschuß gegeben ist.

Zu § 3 Nr. 14 (§ 95 KVLG)

Um doppelte Zuschußleistungen zu vermeiden, soll ebenso wie nach Nr. 13 der nach § 95 KVLG zu zahlende Zuschuß der Rentenversicherung zu dem an eine landwirtschaftliche Krankenkasse zu entrichtenden Beitrag nicht geleistet werden, solange die durch die Vorschrift begünstigten Personen den Arbeitgeberzuschuß nach § 405 RVO beanspruchen können.

Zu § 4 Nr. 1 (§ 157 AFG)

Da die an die landwirtschaftlichen Krankenkassen zu leistenden Beiträge nicht nach einem Beitragsatz bemessen werden, fñhrt die Vorschrift für die von der Bundesanstalt für Arbeit an die landwirtschaftlichen Krankenkassen zu zahlenden Beiträge für krankenversicherte Arbeitslose einen Beitragssatz.

Zu § 4 Nr. 2 (§ 159 Abs. 2 AFG)

Redaktionelle Anpassung.

Artikel 2

Zu § 1

Angestellte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht versicherungspflichtig sind, und diejenigen in § 166 RVO genannten Selbständigen, die die Jahresarbeitsverdienstgrenze überschreiten, werden künftig in der Krankenversicherung der Rentner nicht mehr versicherungspflichtig sein. Damit sie ihren Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung aufrechterhalten können, wird ihnen ein befristetes Beitrittsrecht eingeräumt.

Zu § 2
Für Rentenanspruchsteller, über deren Rente beim Inkrafttreten dieses Gesetzes noch nicht endgültig entschieden ist, soll die Neuregelung nach Artikel 1 § 1 Nr. 17 und § 2 Nr. 1 (§ 22 RKG) auch dann gelten, wenn für sie die in diesen Vorschriften genannten Frist bereits abgelaufen ist. Die gleiche Möglichkeit sollen auch Personen haben, die von Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberechte beantragt haben (vgl. Artikel 1 § 3 Nr. 3).

Zu § 3

Angestellte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht versicherungspflichtig sind und sich aufgrund des neuen § 4 a KVLG (vgl. Artikel 1 § 3 Nr. 3) von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte befreien lassen wollen, können innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes der allgemeinen Krankenversicherung freiwillig beitreten.

Zu § 4

Die Vorschrift dient der Besitzstandswahrung für diejenigen beschäftigten Rentner, deren Anspruch auf Krankengeld nach dem vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden § 183 Abs. 4 RVO entstanden ist.

Zu § 5

Das geltende Recht der knappschäftlichen Rentnerkrankenversicherung wird an die Sterbegeldregelung der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich des Mindeststerbegeldes angepaßt.

Zu §§ 6 bis 8

Notwendige Übergangsregelungen zu den neuen kassenärztlichen Vorschriften in Artikel 1 § 1 Nr. 28, Nr. 29 Buchstabe a und Nr. 30 Buchstabe a bb.

Zu § 9

Rentner, die künftig nach § 381 Abs. 2 a RVO und § 126 Abs. 4 RKG einen zusätzlichen Beitrag zahlen sollen, werden zur Wahrung ihres Besitzstandes hiervon freigestellt, wenn sie beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Zu § 10

Die von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für die Krankenversicherung der Rentner in den Jahren 1971 bis 1974 geleisteten Überzahlungen in Höhe von etwa 5,99 Mrd. DM sollen von den Trägern der Krankenversicherung nicht mehr zurückerstattet werden (Absatz 1). Damit wird sichergestellt, daß die Finanzierung der Krankenversicherung nicht gestört wird. Die Verpflichtung nach § 393 a RVO zum Erlass der KVdR-Beitragsbemessungsverordnungen für die Jahre 1971 bis 1974 wird aufgehoben.

Damit nach dem Inkrafttreten der Neuregelung über die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner keine Deckungslücken entstehen, die sonst nur durch Beitragserhöhungen von der Krankenversicherung geschlossen werden könnten, zahlen die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im Jahre 1975 als zusätzliche Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner einen Gesamtbetrag von 2,5 Mrd. DM (Absatz 2). Dieser Betrag, der zusätzlich zu der sich für 1975 aus § 385 Abs. 3 RVO ergebenden Beitragssumme zu leisten ist, wird entsprechend der Regelung nach den §§ 393 a ff. RVO gezahlt und auf die Krankenkassen und Ersatzkassen aufgeteilt.

Nach Absatz 3 wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, auch für die Jahre 1976 und 1977 zusätzliche Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für die Krankenversicherung der Rentner festzusetzen. Sie sind jährlich begrenzt auf 40 v. H. der sich aus § 385 Abs. 3 RVO ergebenden Beitragssumme und dürfen nicht dazu führen, daß die Mindestrücklage nach § 1383 Abs. 2 RVO in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren unterschritten und die Liquidität der Träger der Rentenversicherung für einen vorausschaubaren Zeitraum gefährdet wird.

Da gegenwärtig nicht hinreichend sicher übersehen werden kann, wie sich die Finanzlage der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung entwickeln wird, soll die Bundesregierung beauftragt werden, in dem Renten Anpassungsbericht für 1978 über die Beitragsentwicklung in der Krankenversicherung und über die sich aus der Finanzentwicklung der Rentenversicherung ergebenden Möglichkeiten zur Erhöhung der Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner zu berichten (Absatz 4). Dieser Bericht wird dem Gesetzgeber in die Lage versetzen zu entscheiden, in welchem Umfang die Beiträge nach § 385 Abs. 3 RVO erhöht werden können. Insofern hat die jetzige Regelung vorläufigen Charakter.

Zu § 11

Für Ärzte, die bei Inkrafttreten des Gesetzes Vertragsärzte der Ersatzkassen sind oder sich um Zulassung als Vertragsärzte beworben haben, soll im Interesse des Schutzes erworbener Rechte die in Artikel 1 § 1 Nr. 49 (§ 525 c Abs. 1 RVO) getroffene Regelung nicht gelten.

Zu § 12

Die bei der Bundesknappschaft noch bestehenden Zusatzsterbegeldversicherungen sollen auslaufen, wobei der beim Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Umfang garantiert wird. Nach der beträchtlichen Erhöhung des Mindeststerbegeldes besteht kein Bedürfnis mehr für neue Zusatzsterbegeldversicherungen.

Zu § 13

Die Vorschrift stellt sicher, daß die nach § 3 Abs. 2 KVLG künftig von der Versicherungspflicht be-

freien Personen (vgl. Artikel 1 § 3 Nr. 1 Buchstabe b) Mitglied ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse bleiben, wenn sie ihre Mitgliedschaft nicht für beendet erklären.

Zu § 14

Der Inhalt der genannten Vorschriften wird durch neue Regelungen ersetzt. Die Vorschriften sind daher außer Kraft zu setzen.

Zu § 15

Die Vorschrift dient der redaktionsellen Bereinigung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

Zu § 16

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu § 17

Das Gesetz soll sobald wie möglich in Kraft treten. Die Streichung der nicht als verfassungskonform anzusehenden Vorschrift über die Garantiehaftung der Gemeindeverbände soll mit Wirkung vom 1. April 1950 in Kraft treten, weil von diesem Zeitpunkt an – Inkrafttreten des Ersten Überleitungs-gesetzes vom 28. November 1950 (BGBl. S. 773) – die Zuschußverpflichtungen der Gemeindeverbände nach Auffassung des Bundessozialgerichts erloschen sind.

III. Wirtschaftliche Auswirkungen

A. Krankenversicherung der Rentner

In der Krankenversicherung der Rentner werden vor allem die finanziellen Beziehungen zwischen den Kranken- und Rentenversicherung und zwischen den RVO-Kassen und Ersatzkassen verbessert.

1. Ausgangslage

a) Der Leistungsaufwand in der Krankenversicherung der Rentner steigt wesentlich schneller als die Rentenausgaben der Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten. Wegen der Festlegung des Beitragssatzes der Rentenversicherung ab 1968 nach § 393 a RVO auf 10,98 v. H. der Rentenausgaben hat diese Entwicklung zur Folge, daß sich der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung an den Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner ständig erhöht. Der für 1968 in § 393 a RVO festgelegte Finanzierungsanteil von 20 v. H. würde, wie eine Berechnung unter Anwendung des § 393 a RVO ergeben hat, bis zum Jahre 1975 auf rd. 50 v. H. steigen (vgl. Tabelle 1).

Berechnungen lassen erkennen, daß der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung weiter ansteigt.

Tabelle 1

Leistungsaufwendungen für die KVdR und Finanzierungsanteile von GKV und GRV nach § 393 a RVO

Jahr	1968	1969	1970	1971	1972	1973 ¹⁾	1974 ²⁾	1975 ³⁾
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Rentenausgaben in Mio DM	31 601	35 278	38 393	41 507	47 240	55 250	65 103	71 950
Steigerung in v. H.	—	11,6	8,8	8,1	13,8	17,0	17,8	10,5
Leistungsaufwand KVdR ³⁾ in Mio DM	4 338	5 046	5 978	7 583	9 094	10 772	13 211	15 783
Steigerung in v. H.	—	16,3	18,5	26,8	19,9	18,5	22,7	19,4
Beitrag der GRV (10,98 v. H. der Rentenausgaben) in Mio DM	3 470	3 874	4 216	4 557	5 187	6 066	7 096	7 843
Finanzierungsanteil der GRV in v. H.	80	76,8	70,5	60,1	57,0	56,3	53,7	49,7
Leistung der GKV in Mio DM	868	1 172	1 762	3 026	3 907	4 706	6 115	7 940
Finanzierungsanteil der GKV in v. H.	20	23,2	29,5	39,9	43,0	43,7	46,3	50,3

¹⁾ geschätzt sowie vorläufige Rechnungsergebnisse

²⁾ geschätzt

³⁾ ohne Bundesknappschaft und landw. Krankenkassen

Die Entwicklung des Aufwandes für die Rentner wird u. a. durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflusst. Der Anteil der über 65jährigen nimmt stärker als der anderer Altersgruppen zu. Das wirkt sich im Mitgliederbestand der Krankenversicherung in der Weise aus, daß die Rentnerdichte (Verhältnis der Rentner zu den Mitgliedern ohne Rentner) zunimmt. Sie ist von 1970 bis 1973 von 32,6 v. H. auf 34,2 v. H. gestiegen und wird bis 1975 voraussichtlich auf 35,8 v. H. ansteigen. Bis zum Höhepunkt des sog. Rentenberges im Jahre 1979 wird die Rentnerdichte bei den Krankenkassen voraussichtlich auf über 36 v. H. zunehmen. Dazu kommt, daß der Leistungsaufwand für die Rentner und dessen Steigerungsrate im Durchschnitt höher sind als bei den Mitgliedern in der allgemeinen Krankenversicherung.

Tabelle 2

Unterzahlungen (—), Überzahlungen (+) der Rentenversicherung (ArV und AnV)

	1968 ¹⁾	1969 ¹⁾	1970 ¹⁾	1971 ²⁾	1972 ³⁾	1973 ³⁾	1974 ³⁾	1975 ³⁾
Überzahlung (+) Unterzahlung (—) der GRV, Mio DM	(—) 333	(—) 449	(—) 128	(+) 596	(+) 1283	(+) 1781	(+) 2330	(+) 3417
Effektiver Finanzierungsanteil der GKV in v. H. der KVdR-Ausgaben	20,0	23,2	29,5	32,0	28,9	27,2	28,6	28,7

¹⁾ Rechnungsergebnisse

²⁾ Errechnet auf Grund vorläufiger Rechnungsergebnisse

³⁾ Schätzung

Die Schere zwischen der Beitragszahlung nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO und der anschließenden Beitragsbemessung nach § 393 a RVO wird sich voraussichtlich fortsetzen. Sie ist vor allem darauf zurückzuführen, daß der für die Beitragsermittlung der Rentenversicherung nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO relevante Grundlohn zeitlicher der Einkommensentwicklung angepaßt wird als die Bemessungsgrundlage für die Renten (Mittel des dreijährigen Zeitraums vor dem Kalenderjahr, das dem Eintritt des Versicherungsfallendes vorausgegangen ist) und die Beitragsätze der Krankenversicherung stärker als die Rentenausgaben steigen.

Die Krankenkassen haben die Anpassung der Beitragsbemessung nach § 393 a RVO ab 1971 nicht in ihren Haushalten berücksichtigt und auch nicht berücksichtigen können, weil bisher keine Beitragsbemessungsverordnungen vorliegen. Wurden sie erlassen, was erst auf Grund der Rechnungsergebnisse der jeweiligen Jahre möglich ist – etwa in dem darauf folgenden Jahr – müßte sich rechnerisch die Beitragsätze der Krankenversicherung erhöhen. Unterstellt, die

b) Der Beitrag der Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner wird zunächst nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO berechnet. Bis zum Jahre 1970 ergaben sich dabei im Vergleich zur Beitragsbemessung nach § 393 a RVO Unterzahlungen, die die Rentenversicherungsträger nach der für die einzelnen Jahre erlassenen Beitragsbemessungsverordnung nach § 393 a RVO ausgleichen haben. Seit 1971 traten Überzahlungen ein, wodurch der rechnerische Finanzierungsanteil der Krankenversicherung an den Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner erheblich verringert wurde. Da die Beitragsbemessungsverordnungen nach § 393 a nicht erlassen wurden, liegt der durchschnittliche Finanzierungsanteil der Krankenversicherung seit 1972 bei rd. 28 v. H. (vgl. Tabelle 2).

Rentenversicherung hätte die Beiträge nach § 393 a RVO gezahlt und die Überzahlungen wären nicht angefallen, müßten die Krankenkassen im Jahre 1974 für Leistungen rd. 2,33 Mrd. DM mehr aufwenden, das entspricht etwa 0,6 Beitragsprozentpunkten. Im Jahre 1975 betrüge der Mehraufwand für Leistungen bereits rd. 3,417 DM bzw. etwa 0,79 Beitragsprozentpunkte.

Die Beitragszahlung nach § 385 Abs. 2 und 3 RVO stößt für die Rentenversicherung zunehmend an Grenzen. Wenn die Rücklage der Träger der Rentenversicherungen in Höhe von drei Monatsausgaben bei den nach § 1383 RVO vorgeschriebenen 15jährigen Vorausrechnungen nicht unterschritten werden soll, wäre der Spielraum in 1975 nahezu erschöpft. Insoweit wird auf den Renten Anpassungsbericht 1975 verwiesen.

c) Die Belastung der Beitragszahler mit dem durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Aufwand für die Rentner bei den einzelnen Krankenkassen ist unterschiedlich, wie ein Vergleich bei den Kassanarten zeigt. Im Jahre 1972 war jedes Mitglied (ohne Rentner) der Orts-

Krankenkassen mit 113 DM und der Betriebskrankenkassen mit 131 DM belastet, während die Mitglieder der Innungskrankenkassen 91 DM und die der Ersatzkassen 116 DM aufzubringen hatten. Diese unterschiedliche Belastung setzt

sich in den folgenden Jahren weiter fort. Würde die Beitragsbemessung nach § 393 a RVO angewendet, würden sich die Beträge nicht nur erheblich erhöhen, sondern auch die Belastungsunterschiede drastisch hervortreten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Krankenversicherung der Rentner
Belastung der Krankenkassen je Mitglied o. R. bei Beitragszahlung gemäß § 393 a RVO

Jahr	Insgesamt	OKK	BKK	IKK	SeKK	ArE	AnE
0		1	2	3	4	5	6
1972 ¹⁾	170,- ¹⁾	201,-	184,-	108,-	148,-	118,-	132,-
1973 ²⁾	203,-	244,-	218,-	132,-	182,-	143,-	154,-
1974 ³⁾	262,-	310,-	289,-	170,-	224,-	184,-	204,-
1975 ³⁾	339,-	412,-	372,-	212,-	305,-	232,-	250,-

¹⁾ ohne landw. Krankenkassen ²⁾ Errechnet auf Grund vorläufiger Rechnungsergebnisse ³⁾ Schätzung

Bezogen auf den Grundlohn als der Maßzahl für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Ver-

sicherten bzw. einer Krankenkasse ergeben sich folgende Belastungsunterschiede (vgl. Tabelle 4):

Tabelle 4

Belastungsstruktur der Krankenkassen im Jahre 1975 – Schätzung –

Kassenarten	§ 385 RVO		§ 393 a RVO		Mehrbelastung bei § 393 a RVO	
	Mrd. DM	in v. H. der GLS ¹⁾	Mrd. DM	in v. H. der GLS ¹⁾	Mrd. DM	in v. H. der GLS ¹⁾
0	1	2	3	4	5	6
OKK	1.980	1.024	4.462	2.307	2.482	1.283
BKK	0.735	1.126	1.188	1.820	0.453	0.694
IKK	0.218	0.936	0.286	1.229	0.068	0.293
SeKK	0.013	1.056	0.018	1.462	0.005	0.406
ArE	0.052	0.855	0.071	1.167	0.019	0.312
AnE	1.525	1.070	1.915	1.344	0.390	0.274
Insges.	4.523	1.048	7.940	1.839	3.417	0.791

¹⁾ GLS = Grundlohnsumme

Ursachen hierfür sind vornehmlich die Unterschiede in der Struktur der Versicherten, der Grundlohnsummen und den Leistungsaufwendungen für Rentner bei den einzelnen Krankenkassen. Nach der Beitragsformel des § 385 Abs. 2 und 3 RVO sollte die Rentnerdichte als die entscheidende Ursache der unterschiedlichen Belastung der aktiven Versicherten ausgeglichen werden. Die Beitragsformel erfüllt diese Funktion jedoch nur bis zu einem Finanzierungsanteil der Krankenkassen von 20 v. H. Soweit der Finanzierungsanteil darüber hinausgeht, führt die unterschiedliche Rentnerdichte zu unterschiedlich hohen Belastungen. Übermäßig belastet sind wegen der großen Rentnerdichte insbesondere die Ortskrankenkassen.

2. Änderung

a) Der Beitrag der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner beträgt 11 v. H. der Rentenausgaben (§ 385 Abs. 3 i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 36).

b) Der in § 393 b (i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38) geregelte Ausgleich schließt Überzahlungen der Träger der Rentenversicherungen zur Krankenversicherung der Rentner in Zukunft aus. Insofern weit können auch keine Rückzahlungsbelastungen mehr entstehen.

Der Verbleib der Überzahlungen für die Jahre 1971 bis 1974 in Höhe von insgesamt 5.990 Mrd. DM nach Artikel 2 § 10 Abs. 1 bei den Kranken-

kassen hat zur Folge, daß daraus keine Belastungen mehr für die Krankenkassen und die Versicherten entstehen können.

Die Krankenkassen müssen jedoch Aufwendungen in der Höhe, wie sie bisher durch Überzahlungen der Rentenversicherung abgedeckt wurden, ab 1975 selbst tragen. Eine Überzahlung im Jahre 1975 von 3.417 Mrd. DM (vgl. Tabelle 2) würde rechnerisch im Durchschnitt eine Zusatzbelastung von rd. 0,79 Beitragsprozenten bedeuten, wobei sich jedoch im Durchschnitt der Kassenarten eine erhebliche Streubreite zeigt (vgl. Tabelle 4 Spalte 6). Durch die Übergangszahlung für 1975 nach Artikel 2 § 10 in Höhe von 2,5 Mrd. DM wird diese Mehrbelastung auf rd. 900 Mio DM begrenzt. Das bedeutet rechnerisch eine Entlastung von im Durchschnitt rd. 0,6 Beitragspro-

zenten. Es bleibt eine Mehrbelastung von rd. 0,19 Beitragsprozenten.

c) Im Jahre 1975 ergibt sich bei einem Leistungsaufwand der Krankenversicherung für die Rentner in Höhe von rd. 15,8 Mrd. DM und einem Beitrag der Träger der Rentenversicherungen in Höhe von rd. 10,4 Mrd. DM (11 v. H. der Rentenausgaben zuzüglich 2,5 Mrd. DM Übergangszahlung) ein Finanzierungsanteil der Krankenversicherung von rd. 5,4 Mrd. DM. Nach dem in § 393 b (i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38) vorgesehenen Ausgleichsverfahren ist jedes Mitglied unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit rechnerisch mit einem Betrag von 230,40 DM für den durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Leistungsaufwand für die Rentner belastet (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5

Krankenversicherung der Rentner
Belastungsstruktur der Krankenkassen nach Durchführung des Ausgleichs¹⁾
gemäß § 393 b i. d. F. Art. 1 § 1 Nr. 38
– 1975 Schätzung –

Kassenart	KVJR-Leistungsaufwand Mrd. DM	Beitrag der RV Mrd. DM ¹⁾		Finanzierungsanteil der Krankenkassen und Ersatzkassen je Mitgl. o. R.	
		1	2	3	4
OKK	10.161	7.668	2.493	230,40	230,40
BKK	2.225	1.491	0.735	230,40	230,40
IKK	0.443	0.134	0.309	230,40	230,40
SeKK	0.028	0.015	0.013	230,40	230,40
ArE	0.116	0.046	0.070	230,40	230,40
AnE	2.809	1.061	1.748	230,40	230,40
Insgesamt und Durchschnitt	15.783	10.415	5.368	230,40	230,40

¹⁾ Beitrag der Rentenversicherung : 11 % der Rentenausgaben zuzügl. Übergangszahlung von 2,5 Mrd. DM

d) Der Ausgleich nach § 393 b i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38 führt zwar rechnerisch zu einer Belastung jeden Mitglieds (ohne Rentner) mit einem gleichen Betrag. Gemessen am Grundlohn als dem Gradmesser für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verbleiben jedoch ungleiche Belastungen. Wegen der sehr unterschiedlichen Höhe der Grundlöhne der einzelnen Krankenkassen wird die Streubreite erheblich sein. Selbst bei einem Vergleich der Kassenarten ist sie noch beachtlich (vgl. Tabelle 6 Spalte 3). Um innerhalb einer Kassenart über den Pro-Kopf-Ausgleich hinaus auch eine solche Streuung aufheben zu können, ist in § 393 d i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38 den Bundesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, einen Belastungsausgleich mit dem Ziel durchzuführen, die Versicherten (ohne Rentner) in einem gleichen Hundertsatz mit den Aufwendungen für die Rentner zu belasten. Wenn alle Bundesverbände diesen Belastungs-

ausgleich durchführen würden, ergäbe sich eine für die Versicherten einer Kassenart gleiche Belastung in v. H. des Grundlohns, wie in Tabelle 6 Spalte 3 angegeben.

e) Bei einer Beitragszahlung der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner in Höhe von 11 v. H. der Rentenausgaben und einer Übergangszahlung von 2,5 Mrd. DM ergibt sich für das Jahr 1975 rein rechnerisch eine Mehrbelastung von 0,19 Beitragsprozentpunkten und ein Finanzierungsanteil der Krankenversicherung am Leistungsaufwand der Renten von 35 v. H. Um diesen Anteil nach Möglichkeit nicht weiter steigen zu lassen, ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Artikel 2 § 10 ermächtigt zu bestimmen, daß als zusätzliche Beiträge der Rentenversicherung weitere Mittel bis zur Höhe von 40 v. H. der Beiträge der Rentenversicherung der Krankenversicherung der Rent-

ner gezahlt werden. Nach Artikel 2 § 10 Abs. 4 soll die Bundesregierung im Rentenpassungsbericht 1978 darüber berichten, ob und in welchem Umfang der Beitragssatz der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner in Höhe von 11 v. H. erhöht werden kann.

f) Die Mehraufwendungen der Träger der Rentenversicherung, die sich aus der Anhebung des Beitrags für die Krankenversicherung der Rentner von 10,99 v. H. auf 11,0 v. H. der Rentenausgaben, dem Verbleib der Überzahlungen für die Jahre 1971 bis 1974 und der Übergangszahlung in Höhe von 2,5 Mrd DM ergeben, sind von den Trägern der Rentenversicherungen finanzierbar.

g) Ein Vergleich der Belastungsstruktur auf Grund der Beitragszahlungen der Rentenversicherung nach § 385 und § 393 a RVO sowie dem Belastungsausgleich nach § 393 b i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 38 ergibt sich aus Tabelle 6.

Tabelle 6

Belastungsstruktur der Krankenkassen im Jahre 1975			
- Schätzung -			
v. H. der Grundlohnsumme			
Kassenarten	§ 385 RVO	§ 393 a RVO	§ 393 b RVO i. d. F. Art. 1 § 1 Nr. 38
0	1	2	3
OKK	1,024	2,307	1,289
BKK	1,126	1,820	1,126
IKK	0,936	1,229	1,327
SeeK	1,056	1,462	1,056
ArK	0,855	1,167	1,150
AnE	1,070	1,344	1,227
Durchschnitt	1,048	1,839	1,243

B. Zusätzlicher Beitrag

Der Beitrag nach § 381 Abs. 2 a RVO i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 35 Buchst. a bemißt sich nach dem Einkommen des Rentners und einem Fünftel des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse (§ 385 Abs. 4 RVO i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 36).

Demnach hätte z. B. der Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung von monatlich rd. 200 DM im Jahre 1975 (eine Rente etwa in dieser Höhe würde ein Versicherter 1975 mit einer persönlichen Bemessungsgrundlage von 100 v. H. und zehn anrechnungsfähigen Versicherungsjahren erhalten) einen Monatsbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung von 4 DM zu entrichten (durchschnittlicher Beitragssatz 2 v. H., durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz 10 v. H.).

Da der bisherige Besitzstand den Rentnern erhalten bleibt, entstehen aus dieser Vorschrift Beitragsmehr-einnahmen der Krankenkassen erst, wenn neu zugehende Rentner den Zusatzbeitrag zahlen.

C. Sterbegeld

Nach der Regelung in § 201 RVO i. d. F. Artikel 1 § 1 Nr. 4 beträgt das Sterbegeld pro Fall einheitlich für alle versicherten Personen im Jahre 1975 mindestens 1050 DM. Auf Grund der Anbindung an die Einkommensentwicklung beträgt die Mindesthöhe des Sterbegeldes voraussichtlich

Empfehlungen der Ausschüsse

zum

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

Punkt der 415. Sitzung des Bundesrates am 19. Dezember 1974

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS), der Agrarausschuß (A), der Finanzausschuß (Fz), der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (G) und der Rechtsausschuß (R) empfehlen dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem Gesetzentwurf die nachstehende Stellungnahme zu beschließen: