

09.12.74  
AS - A - Fz - G - R

ner gezahlt werden. Nach Artikel 2 § 10 Abs. 4 soll die Bundesregierung im Rentenabpassungsbericht 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 Beitragssatzes für die Krankenversicherung der Rentner von 10,98 v. H. auf 11,0 v. H. der Rentenaus-

Tabelle 6

Kassenarten	Belastungsstruktur der Krankenkassen im Jahre 1975 - Schätzung -			Punkt der 415. Sitzung des Bundesrates am 19. Dezember 1974 (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsge setz - KVWG)	
	v. H. der Grundlohnsumme				
	§ 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		
IKR	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		
		1976 = 1162,50 DM, 1977 = 1312,50 DM, 1978 = 1425,- DM.			

**B. Zusätzlicher Beitrag**

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

Dennach 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 wurde 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 Basiszustand den Rentnern erhalten bleibt, entstehen aus dieser Vorschrift Beitragsmehrleistungen 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 Abbindung an die Einkommensentwicklung betrifft die Mindesthöhe des Sterbegeldes voraussichtlich

diese Mindestbeitragsregelung wirkt sich insbesondere aus bei gering verdienenden Arbeitnehmern und deren Familienangehörigen. Der Personenkreis läßt sich nur schwer abschätzen. Darüber hinaus sind die bestehenden Satzungsbestimmungen im einzelnen nicht bekannt. Die Mehrbelastung wird auf rd. 20 Mio DM für 1975 geschätzt. Eine Mehrbelastung tritt nicht ein in der knappschaftlichen Rentenversicherung und in der Krankenversicherung der Landwirte.

**IV. Finanzielle Auswirkungen**

1. Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Maßnahmen des Gesetzes nicht belastet.

2. Der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen für 1975 erhöht sich durch dieses Gesetz um rd. 0,2 Beitragssprozentpunkte.

Die Erhöhung der Versicherungsbeiträge führt zu Kostenbelastungen der Unternehmen und damit tendenziell zu Preissteigerungen. Die Auswirkungen dürften sich im Jahre 1975 in Grenzen halten. Ob in dem folgenden Jahren mit einer deutlichere Preiseinwirkung gerechnet werden muß, hängt davon ab, inwieweit durch Verordnungen nach Artikel 2 § 10 der Beitragssatz vermindert oder gedämpft werden kann.

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

**Empfehlungen  
der Ausschüsse**

Zum

- 2 -

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

Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

- 6a. In § 205 Abs. 3 Satz 1 werden die Worte  
"Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und  
die Familienkrankenpflege" durch die Worte  
"Leistungen nach Absatz 1" ersetzt.

Begründung:

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

AS 2. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 9 (§§ 245, 250 RVO)

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

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

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

Buchst. a) bb) (§ 368 n Abs. 1 Satz 2 RVO)

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

- "c) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:

- '(4) Die Kassennärztlichen Vereinigungen haben im  
Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen,  
im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden und nach  
Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen  
Richtlinien (§ 368 p Abs. 6) einen Bedarfsplan zum  
Zwecke der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung  
aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen.  
Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffent-  
lichen.

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

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

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

Begründung zu a bis c:

Kassennärztliche Vereinigung und Krankenkassen sind für die kassenärztliche Ver-  
sorgung gemeinsam verantwortlich. Dementsprechend müssen die Bedarfspläne von  
beidem gemeinsam getragen werden.  
Kassennärztliche Vereinigung und Kranken-  
kassen müssen sich bei der Planung mit den  
betroffenen Landesbehörden, insbesondere  
den für Sozialversicherung, Gesundheit,  
Landesplanung und Raumordnung zuständigen  
Behörden, ins Benehmen setzen, weil es um  
grundätzliche Strukturfragen geht.

- 4 -

(noch Ziff. 3)

Die Veröffentlichung der Bedarfspläne unterstricht deren Bedeutung.

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

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

AS

5. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. b (§ 368 Abs. 3 RVO)

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

Begründung:

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

AS

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

In Nummer 24 ist Buchstabe b zu streichen.

AS

4. Zu Art. 1 § 1 Nr. 23 ff. (§ 368 ff. RVO)

Der Bundesrat hält es für erforderlich, die in diesem Gesetz genannten Regelungen zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung durch Maßnahmen zur Nachwuchsförderung zu ergänzen. Die Länder werden prüfen, ob die Einräumung einer besonderen Studienplatzquote vertretbar ist und realisiert werden kann für diejenigen Studienbewerber, die sich zur späteren Niederlassung in schwach- oder unterversornten Gebieten verpflichten. Im weiteren Verlauf des Gesetzbildungsverfahrens sollten daher noch Folgeänderungen in der RVO vorgesehen werden für den Fall einer entsprechenden Änderung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen vom 20. Oktober 1972 sowie des Entwurfs des Hochschulrahmengesetzes (BT-Drucks. 7/2844).

Begründung:

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

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

- 5 -

- 6 -

- 6 -

AS 7. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. b aa (§ 368 c Abs. 2 Nr. 1 RVO)

In Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

Sachzusammenhang mit Ziff. 3 und 17

"aa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:

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

AS

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

An § 368 c Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:  
"Die Zulassungsordnungen können unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung angemessene Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit vorsehen."

Begründung:

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

R 8. Zu Art. 1 § 1 Nr. 25 Buchst. c (§ 368 c Abs. 3 RVO)

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

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

In Buchstabe a Doppelbuchstabe cc sind die Worte "solcher Krankenanstalten, die für die Durchführung der im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschrifteten praktischen Ausbildung bestimmt sind, sowie" zu stricken.

Begründung:

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

- 7 -

- 7 -

- 8 -

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

AS 11. Zu Art. 1 § 1 Nr. 28 Buchst. a) cc) und b) bb)  
§ 368 i Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 RVO)

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

"cc) Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

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

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

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

Herrichtung:

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

AS 12. Zu Art. 1 § 1 Nr. 29 Buchst. b (§ 368 m Abs. 5 RVO)

Buchstaben b und c sind zu streichen.

Begründung:

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

Unbeschadet dessen wird eine konkurrenzende bundes- und landesgesetzliche Fortbildungspflichtung für den Kassensanitätsmediziner verpflichtung bedingen, die insbesondere den Verdacht einer Zweitklasses-Medizin zur entstehung die Gefahr, daß Arztekammern und Kassensanitätsvereinigungen in der Durchführung von Fortbildungsvorlesungen in Konkurrenz treten würden und damit die jetzt gewährleistete Einheitlichkeit des Fortbildungsaangebotes durch die Kammern beeinträchtigt würde.

Herrichtung:

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

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

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

Begründung:

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

Nach Nummer 3o ist folgende Nummer 3o a einzufügen:

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

a) Absatz 4 Satz 3 erhält folgende Fassung:

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

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

b) Absatz 5 wird gestrichen."

Begründung:

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

AS 15. Zu Art. 1 § 1 nach Nr. 302 (§ 368 o Abs. 6 RVO),  
Art. 1 § 1 Nr. 49 (§ 525 c Abs. 2 Satz 1 RVO),  
Art. 1 § 2 Nr. 5 Buchst. a (§ 204 a Abs. 1 RKG)

(noch Ziff. 15)

a) In Art. 1 § 1 Nr. 31 ist nach Nummer 30a folgende

In a), b) und  
c) entfallen  
§ 7

Nummer 30 b einzufügen:

"30b) In § 368 o wird folgender Absatz 6a eingefügt:  
(6a) Bei Entscheidungen über Bedarfspläne nach  
§ 368 Abs. 4 und § 7 und über ärztliche Unter-  
versorgung nach § 368 r Abs. 2 und § 7 selten Ab-  
satz 2 Satz 3 und Absatz 7 entsprechend."

Bei den mit den Bedarfsplänen zusammenhängenden  
Entscheidungen reicht es nicht aus, wenn die  
Ersatzkassen und die knappsschaftliche Kranken-  
versicherung nur bei dem Erlass der Bundesricht-  
linien mitwirken. Vielmehr muß gesetzlich  
sichergestellt werden, daß für RVO-Kassen,  
Ersatzkassen und knappsschaftliche Krankenver-  
sicherung gemeinsam Bedarfspläne gelten, zumindest  
nach der Neufassung des § 525 c RVO die Arzte  
arbeiten.

Für diese Fälle muß die Zusammensetzung auch  
der Landesausschüsse erweitert werden,

Auch die Ziele der ärztlichen Versorgung  
und die Maßnahmen bei Unterversorgung  
müssen gleichmäßig beurteilt werden.

b) In § 525 c Abs. 2 Satz 1 sind im ersten Halbsatz  
die Worte "§ 368 o Abs. 7" durch die Worte  
"§ 368 Abs. 3 bis 5, § 368 o Abs. 6a und 7" zu  
ersetzen.

c) Art. 1 § 2 Nr. 5 Buchst. a ist wie folgt zu fassen:

"a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

"(1) Für die Gewährung von Maßnahmen zur  
Früherkennung von Krankheiten, für die Mitwirkung  
bei der Bedarfsplanung und für Maßnahmen bei  
ärztlicher Unterversorgung gelten § 368 Abs. 3 bis  
§ 368 o Abs. 6a und 7, § 368 p Abs. 5 und 6 und  
§ 369 der Reichsversicherungsordnung."

In Nummer 35 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

"b) Folgender Absatz 2 a wird eingefügt:

Der Bundesrat bittet im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob und auf welche Weise eine wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung der Bundesausschüsse bei der Aufstellung einer für die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung erforderlicher Richtlinien sichergestellt werden kann.

Den nach § 368 p Abs. 6 RVO von den Bundesausschüssen zu beschließenden Richtlinien kommt innerhalb der Gesamtmaßnahmen zur Bedarfsplanung entscheidende Bedeutung zu, da sie die Kriterien für die Ermittlung des Standes und des Bedarfs an ärztlicher Versorgung sowie für die drohende oder eingetretene Unterversorgung enthalten sollen. Insofern ist es erforderlich, daß die Richtlinien mit äußerster Sorgfalt insbesondere auch im Hinblick auf die planerische Sachkompetenz aufgestellt werden. Hierzu erscheint eine wissenschaftliche Unterstützung und Begleitung der Bundesausschüsse bei der ihnen übertragenen Aufgabe, die Richtlinien zu beschließen, als sinnvoll und notwendig.

AS 17. Zu Art. 1 § 1 Nr. 33 (§ 368 r Abs. 1 RVO)

§ 368 r Abs. 1 erhält folgende Fassung:

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

mit ziff.

5 und 7

Begründung:

Folgeänderung aus der Einfügung von § 368 Abs. 5.

(2 a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und die in § 17 Abs. 1 des Reichsknappenschaftsgesetzes bezeichneten Versicherten, die nach § 19 Abs. 2, 3 und 5 des Reichsknappenschaftsgesetzes 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 Rentenanspruch ableiten, weder in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Rentenangebotes noch während der letzten 20 Jahre vor Stellung des Rentenantrages mindestens zehn Jahre bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für die Erfüllung der Wartezzeit nach § 1252 oder nach § 29 des Angestelltenversicherungsgesetzes vorliegen."<sup>11</sup>

Begründung:

Die von der Bundesregierung vorgesehene Regelung zur Zahlung eines Zusatzbeitrages des Versicherten führt zu Kästen. Die dort verlangte Vorversicherungszeit von mindestens zwanzig Versicherungsjahren bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt, daß in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen Frührentner die nicht die Voraussetzungen des § 1252 RVO erfüllen, mit dem Zusatzbeitrag belastet werden. Dies gilt auch für eine nicht unbekannte Zahl von Beziehern von Renten auf Grund freiwilliger Weiterversicherung ("Hausfrauenrente"). Demgegenüber schafft die vorgeschlagene Abänderung Erleichterungen.

- 16 -

AS 19. Zu Art. 1 § 1 Nr. 36 (§ 385 Abs. 4 RVO)

In § 385 Absatz 4 ist das Wort "Renteneinkommen" durch das Wort "Gesamteinkommen" zu ersetzen.

- 17 -

Begründung:

Nach § 381 Abs. 2 a haben Personen, die als Rentenbezieher versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden, einen zusätzlichen Beitrag zu tragen, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, nicht mindestens 20 Jahre bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren. Der Beitragssatz beträgt 1/5 des allgemeinen Beitragssatzes. Es ist nicht zu vertreten, daß für diese Versicherten nicht das Gesamteinkommen, sondern nur das Renteneinkommen für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt wird. Auch alle übrigen Versicherten müssen ihrem gesamten Einkommen entsprechende Beiträge zahlen.

Der Belastungsausgleich nach den §§ 393 b und 393 d führt dazu, daß die im Leistungsangebot zurückhaltenden Kassen Mehrleistungen anderer Kassen mitfinanzieren, die den eigenen Versicherten nicht gewährt werden können. Über diese Auswirkungen müssen Erfahrungen gesammelt werden. Die Bundesregierung wird gebeten, bis zum 31. Dezember 1976 darüber zu berichten.

AS 21. Zu Art. 1 § 1 Nr. 38 (§§ 393 b, 393 d RVO)

AS 20. Zu Art. 1 § 1 Nr. 37 (§ 380 Abs. 2 RVO).

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, welche Ersatzregelungen an die Stelle der Garantieverpflichtung zu treten haben, damit die Krankenkassen ihren Leistungsvorpflichtungen uneingeschränkt nachkommen können.

- 18 -

- 17 -

AS 22. Zu Art. 1 § 1 Nr. 38 (§ 393 b RVO)

In § 393 b Abs. 1 ist nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

"Von den Auszubildenden in einem anerkannten Ausbildungsinstitut ist dabei nur die Hälfte zu berücksichtigen."

Begründung:

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

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

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

Deshalb kann die Zahl der Auszubildenden bei der Ermittlung der Gesamtbelastung nicht voll zugrunde gelegt werden. Mit der Berücksichtigung der Hälfte der Auszubildenden wird eine gerechte Lastenteilung erreicht.

Das Zusammentreffen sozial-, bildungs- und arbeitsmarktpolitischer Konsequenzen gilt für andere Personenkreise nicht, so daß sich keine Folgeänderungen ergeben.

Zugleich wird verhindert, daß eine unangemessene hohe Mehrbelastung sich in den betroffenen Wirtschaftsbereichen in einer verringernten Ausbildungsbereitschaft auswirkt.

A 23. Zu Art. 1 § 3

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

1. Korrektur der Abgrenzung des versicherten Personenkreises nach Maßgabe der Absätze 4.11 bis 4.13 des Erfahrungsberichtes der Bundesregierung über die Ausführung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (BT-Drucksache 7/2346) und für:
  - a) landwirtschaftliche Unternehmer, die nach der Betriebsaufgabe innerhalb von drei Monaten Altersgeld oder Landabgabepflichtige beantragen,
  - b) Witwen oder Witwer landwirtschaftlicher Unternehmer, die nach dem Tode des Ehegatten innerhalb von drei Monaten Altersgeld beantragen und für c) sonstige Familienangehörige, die nach dem Erlöschen des Anspruchs auf Familienhilfe der Versicherung freiwillig beitreten wollen.
2. Vervollständigung des Krankenversicherungsschutzes für

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

- 20 -

AS 24. Zu Art. 2 § 1

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

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

Begründung:

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

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

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

25. Zu Art. 2 § 8

Der Text des § 8 ist wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

- 22 -

- 21 -

AS 26. Zu Art. 2 § 10 Abs. 3

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

Begründung:

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

(noch ziff. 27)

Ber Bundesrat unterstützt alle auf verbesserte Unterbringung und Behandlung psychisch Kranker gerichteten Bemühungen. Er verkennt auch nicht, daß die Kostenverteilung zwischen Krankenkassen und anderen Leistungsträgern großenteils durch neuere Verträge geregelt worden ist. Die ertatlose Auflösung des Halbierungsvertrages dürfte aber dazu führen, daß diese Verträge gekündigt werden, zahlreiche Abgrenzungsschwierigkeiten entstehen und die Krankenkassen generell für die Kosten im psychiatrischen Bereich verantwortlich gemacht werden, bevor die umfassenden Untersuchungen im Rahmen der Psychiatriereform (vgl. BT-Drs. 7/1124) zum Abschluß gekommen sind. Die Kostenfrage bedarf auf der Basis der Reformvorschläge einer sorgfältig abgewogenen Prüfung.

Ein aktueller Anlaß zur Aufhebung des Halbierungserlasses besteht zur Zeit nicht. Gerade ausgesichts der bedrohlichen Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung wäre es bedenklich, die Krankenkassen außerhalb des Sechzzehnungs neuen Belastungen auszusetzen, deren Ausmaß noch nicht überschen werden kann.

Die Psychiatriereform sollte nach Auffassung des Einerates beschleunigt werden.

Begründung:

Der nach Art. 2 § 14 Nr. 5 außer Kraft tretende Erlass ("Halbierungserlaß") steht nicht in diesem Gesetz geregelten Materie in keinem Zusammenhang. Er sollte auch deshalb im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ertatlos aufgehoben werden, weil sich für die Krankenkassen daraus Mehrkosten in noch unübersehbarer Höhe ergeben würden.

AS 27. Zu Art. 2 § 14 Nr. 5

In § 14 ist Nummer 5 zu streichen.

Der Finanzausschuß widerspricht dieser Empfehlung mit folgender

Begründung:

Die vom Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik vorgetragene Überlegung ist im Hinblick auf die angespannte Finanzlage der öffentlichen Hand kein zusreichender Grund, von der Entlastung der Länderhaushalte, zu der Artikel 2 § 14 Nr. 5 des Regierungsentwurfs führt, abzusehen.

Fz  
R 17.12.74

AS 28. Zu Art. 2 § 17 Abs. 2

In § 17 ist Absatz 2 wie folgt zu fassen:

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

Begründung:

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

**Antrag**

des Landes Hessen

Begründung:

Die mit dem Entwurf vorgesehene 25 Jahre zurückwirkende Streichung von Rechtsansprüchen auf Garantiehilfe ist verfassungsrechtlich nicht zulässig, zumal die Voraussetzungen für die Garantichaftung erst durch das Lohnfortzahlungsgesetz mit Wirkung vom 1.1.1970 neu geregelt worden sind.  
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgegesetz - KVWG)

AS 29. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, bis zum 31. Dezember 1975 einen Bericht über die für die nächsten fünf Kalenderjahre zu erwartende Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzulegen und darin auch geeignete Alternativen für die Absicherung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

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

Zu Art. 1 § 1 Nr. 36 Buchst. a) (§ 385 Abs. 3 RVO),  
Art. 2 § 10

Der Bundesrat stellt mit Sorge fest, daß die in dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgegesetzes vorgesehenen Vorschriften zur finanziellen Sicherstellung der Krankenversicherung der Rentner sich einseitig am Finanzstatus und am Finanzbedarf der Rentenversicherungen orientieren. Durch die grundsätzlich aufrechterhaltene Bindung der Beiträge der Rentenversicherungen zur Krankenversicherung der Rentner an die Summe der Rentenausgaben ist zu erwarten, daß auch künftig der Finanzierungsanteil der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung an der Krankenversicherung der Rentner steigen wird.