

Geschäftsbereich des Bundesministers für
Forschung und Technologie

72. Abgeordneter
Dr. Probst
(CDU/CSU)
- In welchem Umfange ist eine Kosten- und Erfolgskontrolle im Bereich der Forschung — unterschieden nach Grundlagen —, angewandter Forschung und Entwicklung überhaupt möglich, und welche Maßnahmen hat das Bundesministerium für Forschung und Technologie bisher ergriffen?
73. Abgeordneter
Dr. Probst
(CDU/CSU)
- Welche materiellen Anreize, insbesondere im Bereich der Projektförderung und der Auftragsforschung, erscheinen geeignet, eine wirksame Verwendung von Forschungsmitteln zu gewährleisten?

Bonn, den 7. März 1975

07. 03. 75

Sachgebiet 82

Gesetzentwurf
der BundesregierungEntwurf 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;
 - Ausbau des Sicherstellungsinstrumentariums der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen;
 - Absicherung von besonderen Maßnahmen bei drohender oder eingetretener ärztlicher Unterversorgung.

II. Es ist vorgesehen, die Summe der Beiträge, die die Träger der Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten für die Krankenversicherung der Rentner aufzubringen haben, auf 11 v. II. der Rentenausgaben festzusetzen und den durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Teil der Leistungsaufwendungen für Rentner auf die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem gleichen Betrag je beitragszahlendes Mitglied aufzuteilen.

C. Alternativen

Hinsichtlich des Kassenarztrechtlichen Teils der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts – GWKAR) (Drucksache 7/3337).

D. Kosten

Die Rentenversicherung leistet die für die Jahre 1971 bis 1974 erfolgten Überzahlungen an die Krankenversicherung in Höhe von 5,99 Mrd. DM endgültig. Ab 1975 tragen die Krankenkassen die Aufwendungen, die durch die jährliche Überzahlung der Rentenversicherung abgedeckt wurden, selbst – 1975 rd. 3,4 Mrd. DM –. Diese Mehrbelastung wird für 1975 durch eine Übergangszahlung der Rentenversicherung in Höhe von 2,5 Mrd. DM auf rd. 900 Mio bzw. 0,19 Beitragsprozentpunkte begrenzt. Für die Jahre 1976 und 1977 wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, durch die Festsetzung weiterer Übergangszahlungen sicherzustellen, daß der Übergang von der derzeitigen Finanzsituation der Krankenversicherung der Rentner zu der Neuordnung nicht zu Belastungssprüngen der Finanzierung der Krankenversicherung führt.

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
1/4 (IV/3) 814 07 – Kr 41/75

Bonn, den 7. März 1975

An den Präsidenten
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz – KVWG) mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1). Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

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

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers
Gonscher

Anlage 1

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

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 fünf-hundertvierzigste Teil der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze.

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

lienhilfe zustand, ist die Hälfte des satzungsmäßigen Sterbegeldes zu zahlen. Die Satzung kann bei Totgeburten 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. Leistungspflichtig 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 der 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 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.“

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, Versichertenalausweis, 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 Verwaltungsvorschrift 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 q“ 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 Bedarfsplänen für die kassenärztliche Versorgung (§ 368 n), die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen 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 bedarfsgerechten 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 Zulassungsaus-schüsse 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 Überweisungsfalle unter den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a Abs. 8)“ durch die Worte „an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den Eigeneinrichtungen 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 vorgeschriebenen praktischen Ausbildung bestimmt sind, sowie“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „Kassenärzte oder beteiligten Krankenhausärzte“ 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 Landesausschüsse 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 Bedarfsplänen 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 i“ 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 Eigeneinrichtungen und geeignete andere Einrichtungen, insbesondere Krankenanstalten, ärztlich versorgen lassen. Eigeneinrichtungen 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:

„(2a) 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 Rentenanspruch 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 monatlich 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 sind

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 sind

1. nach § 173 a von der Versicherungspflicht befreit sind oder

2. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (Bundesgesetzbl. I S. 1259) von der Versicherungspflicht befreit sind oder

3. wegen Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 versichert sind.

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.“

38. Die §§ 393 a und 393 b erhalten folgende Fassung; folgende §§ 393 c und 393 d werden eingefügt:

„§ 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 gedeckter 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 aller Krankenkassen und Ersatzkassen ist ihrem Finanzierungsanteil gegenüberzustellen. Übersteigt der Leistungsaufwand den Finanzierungsanteil, so hat die Krankenkasse oder Ersatzkasse in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschüssenden Beträge nach Satz 5. Übersteigt der Finanzierungsanteil den Leistungsaufwand, so steht der überschüssende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwand ihren Finanzierungsanteil übersteigt.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die von ihm beauftragte Stelle berechnet jeweils für das abgelaufene Geschäftsjahr die Finanzierungsanteile der Krankenkassen und Ersatzkassen. Er hat monatlich für das laufende Geschäftsjahr die voraussichtlichen Finanzanteile der Krankenkassen und Ersatzkassen bekanntzugeben. Dabei sind die letzten Geschäftsergebnisse zugrunde zu legen.

§ 393 c

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Ermittlung des Leistungsaufwandes für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und des Finanzierungsanteils der Krankenkassen und Ersatzkassen, über die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen und Ersatzkassen nach § 381 Abs. 2 entfallenden Beiträge, über die Durchführung des Verfahrens sowie über die hierfür von den Trägern der ge-

gesetzlichen 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 durchgeführt 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 Vorphundertatz 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 Krankenversicherungstrag, 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 Mitgliedschaften 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 Krankenpflege; das Sterbegeld darf dreißig Deutsche Mark nicht übersteigen" durch die Worte „kein Krankengeld" 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, 305 Abs. 2 und 3, §§ 311, 312 Abs. 2, § 313 Abs. 2 und 5, §§ 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

Unterversorgung gelten § 368 o Abs. 7, § 368 p Abs. 5 und 6 und § 369; § 368 s gilt entsprechend. Für die besonderen vertraglichen Regelungen im Rahmen der Rehabilitation gilt § 368 t entsprechend; die Richtlinien nach § 368 p Abs. 4 Satz 2 sind zu beachten.

(3) Ferner gelten §§ 369 b, 375, 376, 376 a Abs. 2 und § 376 b."

§ 2

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz in der Fassung vom 1. Juli 1926 (Reichsgesetzbl. I S. 369), 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. Die §§ 15 bis 17, 19 und 20 erhalten folgende Fassung; folgende §§ 18, 21 bis 24 werden eingefügt:

„§ 15

(1) Nach der Reichsversicherungsordnung richtet sich, ob und für welche Arbeitnehmer die Beschäftigung in einem knappschaftlich versicherten Betriebe die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung bei der Bundesknappschaft begründet. Die Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) gilt nicht für Angestellte, die der Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Rentenversicherung unterliegen. Unständige Arbeitnehmer (§ 441 der Reichsversicherungsordnung) werden nicht versichert.

(2) Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht regelt sich nach der Reichsversicherungsordnung.

§ 16

(1) Für den Fall der Krankheit werden Personen versichert, die wegen berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation Übergangsgeld beziehen, es sei denn, das Übergangsgeld ist nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes berechnet.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Versicherten gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt deren Mitglied waren. § 257 b Abs. 2 und 4 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

§ 17

(1) Für den Fall der Krankheit werden außerdem Personen versichert, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente, mit Ausnahme der Bergmannsrente, oder einer Knappschaftsausgleichsleistung erfüllen und diese Leistung beantragt haben, wenn die Bundesknappschaft für die Feststellung der Leistung zuständig ist.

(2) Nach Absatz 1 wird nicht versichert,

1. 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 Familienkassenpflege 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 zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren und für Hinterbliebene, wenn der Verstorbene 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 Rentenanspruchstellung 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 Rentenantrags 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 Reichsversicherungsordnung und dieses Gesetzes durch.

2. In § 34 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende 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 Reichsversicherungsordnung 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 Reichsversicherungsordnung 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 gesetzlichen 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 Reichsversicherungsordnung genannten Betrages 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. Dies gilt nicht, wenn die Voraussetzungen für die Erfüllung der Wartezeit nach § 1252 der Reichsversicherungsordnung vorliegen.“

5. § 204 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankheiten“ die Worte „und für die Mitwirkung an den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für die Bedarfsplanung 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 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) 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 Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig und nach den Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung 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 Reichsversicherungsordnung 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 „Reichsversicherungsordnung“ 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 vorzeitiges Altersgeld und die Ehe wurde vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen,

2. die Witwe oder der Witwer eines Beziehers von Landabgaberente beantragt Landabgaberente oder
3. ohne die Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 bestände 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 Beitragssatzes 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 Reichsknappschaftsgesetzes 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 Reichsknappschaftsgesetzes 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 Landabgaberente 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 gewährende 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 Jahresarbeitsverdienstgrenze 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 Sterbegeld für die in §§ 17 und 21 des Reichsknappschaftsgesetzes 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 (kassenzahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtordnung) vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 570) gilt für die Besetzung der Schieds-

ämter und die Berufung ihrer Mitglieder die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Regelung fort.

§ 7

Bei Verstößen gegen kassenärztliche Pflichten, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begangen worden sind, ist für die Höhe der Geldbußen § 368 m Abs. 4 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung anzuwenden.

§ 8

Bedarfspläne nach § 368 n Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig binnen zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erstellen.

§ 9

§ 381 Abs. 2 a der Reichsversicherungsordnung und § 126 Abs. 4 des Reichsknappschaftsgesetzes gelten nicht für Personen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglieder eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

§ 10

(1) Für die Jahre 1971 bis 1974 verbleibt es bei den nach § 385 Abs. 2 und 3 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung zu leistenden Beiträgen; § 393 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung ist insoweit nicht mehr anzuwenden.

(2) Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten leisten als zusätzliche Beiträge nach § 381 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1975 2500 Millionen Deutsche Mark.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, daß für die Jahre 1976 und 1977 als zusätzliche Beiträge nach § 381 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung weitere Mittel bis zur Höhe von 40 vom Hundert der sich aus § 385 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung ergebenden Summe der Beiträge zu zahlen sind; dies gilt nur insoweit, als eine Anwendung des § 1383 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung und des § 110 des Angestelltenversicherungsgesetzes nicht erforderlich wird. Die voraussehbare Liquiditätsentwicklung für die nächsten fünf Jahre dieses Vorausrechnungszeitraumes muß die Bereitstellung von Mitteln zulassen.

(4) Die Bundesregierung hat in dem Renten Anpassungsbericht für das Jahr 1978 zu berichten,

1. wie sich der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1978 bis 1980 voraussichtlich entwickeln wird und

2. ob und in welchem Umfang der in § 385 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung genannte Vorphundertatz 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 Rentnerkrankenversicherung 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 Geisteskranken 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 kassenarztrechtlichen Vorschriften

- 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. Anlaß hierzu haben vor allem Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung insbesondere in Stadttrandgebieten 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 (1 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 RVO), für verfassungswidrig erklärt hatte.

Aufgrund verschiedener Ursachen (beispielsweise Trend zur Ansiedlung in Ballungsgebieten, berufliche Spezialisierung der Ärzte) hat sich jedoch teilweise in Verwirklichung der Niederlassungs- und Zulassungsfreiheit zwischen dem Angebot an ärztlichen Leistungen und dem entsprechenden Bedarf ein regionales Ungleichgewicht entwickelt, das insbesondere in ländlichen Gebieten – und hier wiederum vor allem als relativer Mangel an Ärzten für Allgemeinmedizin – in Erscheinung tritt und dem Erfordernis einer gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung nicht gerecht wird. Verschiedene Anzeichen (z. B. überdurchschnittlich hohes Alter der in ländlichen Gebieten tätigen Ärzte, wenig ausgeprägte Niederlassungsbereitschaft für solche Gebiete) geben zur Besorgnis einer weiteren Verschlechterung Anlaß.

Es kann zwar gegenwärtig davon ausgegangen werden, daß die kassenärztliche Versorgung im allgemeinen befriedigend sichergestellt ist. Auch sind die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen, ebenso aber auch die Länder, bemüht, auf der Grundlage des geltenden Rechts durch vielfältige Maßnahmen (insbesondere finanzielle Anreize) die Niederlassungsbereitschaft von Ärzten in solchen in der Versorgung problematischen Gebieten zu fördern sowie zusätzliche Versorgungskapazitäten zu erschließen. Gleichwohl hält die Bundesregierung es angesichts der gegebenen Schwierigkeiten in einzelnen Regionen und bestimmten Bereichen sowie in der Besorgnis weiterer Verschlechterung für erforderlich, Regelungen vorzusehen, die auch künftig und langfristig eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.

Diese Feststellungen gelten entsprechend auch für die kassenzahnärztliche Versorgung.

- Die Bundesregierung hat dem Fragenkreis der Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung ständig Aufmerksamkeit gewidmet. U. a. hat deshalb der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die im Jahre 1970 berufene Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung um eine vordringliche Erarbeitung von Vorschlägen gebeten. Im Herbst 1972 hat die Kommission eine „Empfehlung zur Verbesserung der Sicherstellung der kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten und in Stadttrandgebieten“ beschlossen (Sozialpolitische Informationen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Nr. VI/30 vom 5. Oktober 1972).

Die Empfehlung geht davon aus, daß im Hinblick auf die zukünftige Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versor-

gung das Kassenarztrecht in seinen Grundzügen keiner Änderung bedürfe, 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 (Kassenzahnärztlichen) 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 bedarfsgerecht 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 dadurch, daß ihr 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 Beitragssatz 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 Rentnerdichte Verhältnis der pflichtversicherten Rentner zu den Mitgliedern ohne die Rentner – der einzelnen Kasse zur durchschnittlichen Rentnerdichte 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 Rentenbeträge betragen soll. Um dieses vom Gesetzgeber festgelegte Ziel zu erreichen, hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung zu bestimmen, inwieweit der 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 kalkulierbaren Nachzahlungen oder Erstattungen. Auf Grund der für die Jahre 1968 bis 1970 erlassenen KVdR-Beitragsbemessungsverordnun-

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 Rentenversicherungen 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 Beitragssatz 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 Neuregelung der Bemessung und Zahlung der Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner.

Die Berechnung des Beitrags für die Krankenversicherung der Rentner nach geltendem Recht führt auch 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 Rentnerdichte 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 Neuregelung des Ausgleichs der von den aktiven Mitgliedern zu tragenden Belastung des durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwandes für die Krankenversicherung der Rentner erforderlich.

Ziel der Neuregelung 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 Renten Anpassungsbericht 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 finanzierbar (vgl. hierzu: III. Wirtschaftliche Auswirkungen, A. 2. Buchstabe f). Im Hinblick auf die derzeit nicht hinreichend sicher vorauszuweisende 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 Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner gehen von der Überlegung aus, daß es derzeit darauf ankommt, die Unzuträglichkeiten 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 zufließen. 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 übersehen 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 Kassenart bis zu einem gleichen Anteil vom Grundlohn ausgeglichen 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, das grundsätzlich in Höhe des Zwanzigfachen des Grundlohns zu zahlen ist, durch die Satzung 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 Neuordnung 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 Kassenzuständigkeit der mitarbeitenden Familienangehörigen, der Berechnung des Vergleichsbeitrages und der Zahlung von Bei-

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 (Bundestagsdrucksache 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 Zusammentreffen mehrerer die Versicherungspflicht begründender Tatbestände regelt, wird erweitert. Nach geltendem Recht haben Rentenbezieher, die als Angestellte beschäftigt sind, Beiträge 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 dadurch 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 Selbstständigen, deren Einkommen die Jahresarbeitsverdienstgrenze übersteigt, nicht mehr der bisher für sie beitragsfreien Rentnerkrankenversicherung angehören.

Es ist auch nicht gerechtfertigt, daß diejenigen Angestellten und Selbstständigen, 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 Rentnantragsteller nach dem neuen § 315 b RVO ihre Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner aufschieben 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 Zubilligung 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 gewährt ist. Dem Umstand, daß beschäftigte Erwerbsunfähigkeitsrentner und Bezieher 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 Nrn. 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 Bestimmung des Sterbegeldes nach diesem Kriterium sieht bereits das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vor. Insoweit trägt die Neuordnung zur Vereinheitlichung des Krankenversicherungsrechts bei. Da die Entgeltgrenzen in der Krankenversicherung dynamisiert sind, ist die Anpassung des vorgesehenen 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 Neuordnung 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 Neuregelung 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 Neuregelung 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 geschilderten 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 Verwaltungsgeschäften 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 Rentenantrag versicherungspflichtig werden. Den Schutz der Versicherten-gemeinschaft 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 Rentenantragsteller (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 Rentenantragsteller, die anderweitig (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in der privaten Krankenversicherung) gegen die wirtschaftlichen Risiken der Krankheit gesichert sind, während der Laufzeit des Rentenantrages 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 Rentenantragsteller, die bis zur Rentenantragstellung anderweitig beitragsfrei versichert waren, wenden sich dagegen, daß sie nunmehr Beiträge zu zahlen haben. Andere Rentenantragsteller 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 Rentenantragsteller seine Rente vor dem Tag beantragt hat, von dem an sie ihm zusteht. Um der berechtigten Kritik Rechnung zu tragen, sollen Rentenantragsteller 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 Rentenantragsteller 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)

Folgerregelung aus der vorgeschlagenen Neuregelung der knappschaftlichen 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 Nrn. 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 Folgerregelungen aus der Einfügung neuer Vorschriften in das Kassenzustandrecht (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 vorgesehenen 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 Kassenzustandrecht betonen.

Durch die in Absatz 8 vorgesehene Möglichkeit auch der unmittelbaren Inanspruchnahme beteiligter Krankenhausärzte soll die freie Arztwahl für die Versicherten verbessert werden. Die Fälle unmittelbarer Inanspruchnahme soll der Zulassungsausschuß im Beschluß über die Beteiligung des Krankenhausarztes 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 Verordnungsermächtigung zur Regelung der Einzelheiten der Bedarfsplanung. Das gleiche gilt für den neugefaßten 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 Verordnungsermächtigung 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 nichtbetroffenen Gebieten zu beschränken, wenn durch andere Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 368 n Abs. 7 RVO) die ärztliche Versorgung nicht hat 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)

Folgerregelungen 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 Bundesschiedsämter 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 Berufungsverfahren der Aufsichtsbehörden 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 Kassenzahnärzte 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 neuzubesetzende Kassenarztsitze, zinsgünstige oder zinslose Investitionsdarlehen bei Praxisgründung, Bauvorfinanzierung von Ärzthäusern 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 weiteren 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 Sicherstellungsbemühungen 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 Erwerbstätigkeit 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 fiktiv.

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 Rentnerkrankenversicherung 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 Gesamtbetrag, der sich nach der Summe aller von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten tatsächlich gezahlten Rentenbeiträge bemißt, wird nach § 393 a RVO auf die nach § 393 b RVO berechtigten 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 Neuregelung 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 Beitragsbemessungsgrenze 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 verfassungsmäßig 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 alledem 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 Vereinigung nicht möglich ist oder trotz der Vereinigung 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-Betrages 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 Kassen zur Verfügung zu stellen, bei denen der Finanzierungsanteil und die 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 nahezukommen, 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 Differenzbeträge 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 Gesamtbeitrag 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 berechnet, 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 aufzuerlegen.

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 verfassungskonformes 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 nur 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 vorgesehenen 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 die ärztliche Versorgung, die Krankenhaus-, Arzneimittel- und Hebammenversorgung 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 Neuordnung bietet zudem Anlaß, den Abschnitt über die Vorschriften der Krankenversicherung (§§ 15 ff. RKG) neu zu fassen.

- a) Der neue § 15 RKG enthält die Regelungen des bisherigen § 15 RKG und des auf Grund des § 16 RKG in der bisherigen Fassung erlassenen Satzungsrechts.
- b) Der durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation neu eingeführte § 17 RKG erhält die Bezeichnung § 16 RKG.
- c) Die bisher in § 19 RKG geregelte Versicherungspflicht der Rentner wird nach § 17 RKG übernommen und der Neuordnung des § 165 Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung angepaßt. Außerdem wird in Absatz 2 Nr. 1 der Vorrang der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner gegenüber der Rentnerkrankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung normiert.
- d) 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.

- e) 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 Neuordnung 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 Bezieher von Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten das Recht erhalten, die Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft zu beantragen, wenn ihr Ehegatte knappschaftlich krankenversichert ist (vgl. § 19 Abs. 4 der vorgesehenen Neuordnung).

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

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

- h) § 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 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:

- a) Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zahlen an die Bundesknappschaft Beiträge für die bei der Bundesknappschaft versicherten Bezieher einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten (Absatz 1);
- b) 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);
- c) Knappschaftsrentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, erhalten - wie die Bezieher einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten - von der Bundesknappschaft einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag (Absatz 3);
- d) die bei der Bundesknappschaft versicherten Bezieher 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 Beziehern einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten;
- e) 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 Altenteiler 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 Altenteiler pflichtversichert sind. Deshalb stellt die Änderung unter Buchstabe b klar, daß die Altenteiler, 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 die von dem Befreiungsrecht keinen Gebrauch machen wollen (z.B. weil für sie die Gestellung einer Ersatzkraft aus der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

rung von Bedeutung ist und sie den Entgeltsausfall 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 vorgesehenen 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 Reichsknappschaftsgesetzes.

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 Beitragssatzes der in Betracht kommenden Ortskrankenkassen während des ganzen Kalenderjahres berücksichtigt werden, so daß die Satzung 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 Altenteiler 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 Beitragssatz bemessen werden, fiktiviert 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 Beitragsrecht eingeräumt.

Zu § 2

Für Rentenantragsteller, 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 genannte Frist bereits abgelaufen ist. Die gleiche Möglichkeit sollen auch Personen haben, die von Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberente beantragt haben (vgl. Artikel 1 § 3 Nr. 8).

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 knappschaftlichen 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 redaktionellen 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 Überleitungsgesetzes 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 der 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 ²⁾
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 Steigerungsraten im Durchschnitt höher sind als bei den Mitgliedern in der allgemeinen Krankenversicherung.

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 ausgeglichen 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).

Tabelle 2

Unterzahlungen (–), Überzahlungen (+) der Rentenversicherung (ArV und AnV)								
	1968 ¹⁾	1969 ¹⁾	1970 ¹⁾	1971 ²⁾	1972 ²⁾	1973 ²⁾	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 zeitnäher der Einkommensentwicklung angepaßt wird als die Bemessungsgrundlage für die Renten (Mittel des dreijährigen Zeitraums vor dem Kalenderjahr, das dem Eintritt des Versicherungsfalles 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. Würden sie erlassen, was erst auf Grund der Rechnungsergebnisse der jeweiligen Jahre möglich ist – etwa in dem darauf folgenden Jahr –, müßten sich rechnerisch die Beitragssätze der Krankenversicherung erhöhen. Unterstellt, die

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 Vorausberechnungen nicht unterschritten werden soll, wäre der Spielraum in 1975 nahezu erschöpft. Insoweit wird auf den Rentenanpassungsbericht 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 Kassenarten 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
– DM –

Jahr	Insgesamt	OKK	BKK	IKK	SeeK	ArE	AnE
0	1	2	3	4	5	6	7
1972 ²⁾	170,- ¹⁾	201,-	184,-	108,-	148,-	118,-	132,-
1973 ²⁾	203,-	244,-	218,-	132,-	182,-	143,-	154,-
1974 ²⁾	262,-	310,-	289,-	170,-	224,-	184,-	204,-
1975 ²⁾	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		Mrd. DM		Mrd. DM	
	1	in v. H. der GLS ¹⁾	2	in v. H. der GLS ¹⁾	3	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
SeeK	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 Krankenversicherung 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 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	KVdR-Leistungsaufwand Mrd. DM	Beitrag der RV Mrd. DM ¹⁾	Finanzierungsanteil der Krankenkassen und Ersatzkassen	
			Mrd. DM	je Mitgl. o. R.
0	1	2	3	4
OKK	10,161	7,668	2,493	230,40
BKK	2,226	1,491	0,735	230,40
IKK	0,443	0,134	0,309	230,40
SeeK	0,028	0,015	0,013	230,40
ArE	0,116	0,046	0,070	230,40
AnE	2,809	1,061	1,748	230,40
Insgesamt und Durchschnitt	15,783	10,415	5,368	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 Vermögenssatz 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 Rentner 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 Renten Anpassungsbericht 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 Beitrages für die Krankenversicherung der Rentner von 10,98 v. H. auf 11,0 v. H. der Rentenaus-

gaben, 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 Renteneinkommen 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

1976 = 1162,50 DM,
1977 = 1312,50 DM,
1978 = 1425,— DM.

Diese Mindestbetragsregelung 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 Beitragsprozentpunkte.

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 den folgenden Jahren mit einer deutlichen Preiswirkung gerechnet werden werden muß, hängt davon ab, inwieweit durch Verordnungen nach Artikel 2 § 10 der Beitragsanstieg vermieden oder gedämpft werden kann.

Stellungnahme des Bundesrates

1. Zum Gesetzentwurf

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, daß nunmehr auch die Bundesregierung die Lösung der Probleme der kassenärztlichen und kassenärztlichen Versorgung mit diesem Gesetzentwurf in Angriff genommen hat. Jedoch erscheint die darin niedergelegte Grundkonzeption nicht geeignet, die Entwicklung insbesondere der Verteilungsprobleme, wie sie sich seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11/30) ergeben hat, langfristig zu ändern und zu verbessern. Die vorgeschlagene Regelung ist inkonsequent. Sie statuiert zwar die Verpflichtung zur Aufstellung eines Bedarfsplans, aus der Nichterfüllung des Bedarfsplans werden aber keine Konsequenzen gezogen, vielmehr wird für Zulassungsbeschränkungen der rechtlich kaum faßbare und nicht justiziable Begriff einer bestehenden oder gar nur drohenden Unterversorgung eingeführt. Darüber hinaus müssen die Grundsätze einer möglichen Zulassungsbeschränkung entsprechend Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG im Gesetz selbst und nicht in Form lediglich einer Verordnungsmächtigung geregelt werden und dem zitierten Urteil des Bundesverfassungsgerichts als allerletzte Möglichkeit entsprechen.

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

2. Zu Artikel 1 § 1 nach Nummer 6 (§ 205 Abs. 3 RVO)

Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6 a einzufügen:

„6 a. 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.

3. Zu Artikel 1 § 1 nach Nummer 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.

4. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 23 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb und nach Buchstabe b (§ 383 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 und 5 RVO), Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 368 n Abs. 1 Satz 2 RVO)

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

c) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:

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

(5) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen nicht zustande, ist die Angelegenheit innerhalb von zwei 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 Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe a ist der Doppelbuchstabe bb zu streichen.

c) Als Folge sind in Artikel 1 § 1 Nr. 23 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb die Worte „und die Aufstellung von Bedarfsplänen für die kassenärztliche Versorgung“ zu streichen.

Begründung zu Buchstaben a bis c

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sind für die kassenärztliche Versorgung gemeinsam verantwortlich. Dementsprechend müssen die Bedarfspläne von beiden gemeinsam getragen werden.

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen müssen sich bei der Planung mit den betroffenen Landesbehörden, insbesondere denen für Sozialversicherung, Gesundheit, Landesplanung und Raumordnung zuständigen Behörden, ins Benehmen setzen, weil es um grundsätzliche Strukturfragen geht.

Die Veröffentlichung der Bedarfspläne unterstreicht deren Bedeutung.

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

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

5. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 23 nach Buchstabe a (§ 368 nach Absatz 1 RVO)

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

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

„(1 a) Ist bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin Studienbewerber, die sich zur späteren Niederlassung in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten, eine besondere Studienplatzquote eingeräumt, so haben dieser besonderen Maßnahme zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch die für die Vergabe der Studienplätze zuständigen Stellen, die für die Erteilung der Approbation zuständigen Behörden und die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teil-

nehmenden Krankenhäuser Rechnung zu tragen. Das Nähere regeln die Zulassungsordnungen.“

Begründung

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

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

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

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

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

6. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 23 Buchstabe b (§ 368 Abs. 3 RVO)

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

Begründung

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

7. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 24 Buchstabe b (§ 368 a Abs. 2 RVO)

In Nummer 24 ist Buchstabe b zu streichen.

Begründung

Die Änderung des § 368 a Abs. 2 RVO ist erheblich und auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. März 1960 nicht notwendig, denn die Vorschrift verstößt nicht gegen das Recht auf Niederlassungsfreiheit.

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

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

Nach Buchstabe c ist folgender Buchstabe c 1 einzufügen:

„c 1) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3 a eingefügt:

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

Begründung

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

zur Besetzung von Kassenarztsitzen in unterversorgten Gebieten. Die vorgesehene Beschränkung der Niederlassungsfreiheit ist als ein einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut, nämlich der Gesundheit der Versicherten und ihrer Angehörigen dienenden und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entsprechenden Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung mit Artikel 12 GG vereinbar.

9. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 24 Buchstabe f (§ 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO)

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

Begründung

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

10. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 25 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 368 c Abs. 2 Nr. 1 RVO)

In Buchstabe b ist Doppelbuchstabe aa wie folgt zu fassen:

„aa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:

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

Begründung

Folgeänderung aus der Einfügung von § 368 Abs. 5.

11. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 25 Buchstabe 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 Artikel 12 und 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 dahin gehend ergänzt werden, daß bei Zulassungsbeschränkungen die persönlichen Belange der Betroffenen nach Möglichkeit angemessen zu berücksichtigen sind.

12. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 25 Buchstabe 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.

13. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 25 nach Buchstabe c (§ 368 c nach Abs. 3 RVO)

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

„d) Folgende Absätze 4 und 5 werden angefügt:

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

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

Begründung

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

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

14. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 26 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO)

In Buchstabe a Doppelbuchstabe cc sind die Worte „solcher Krankenanstalten, die für die Durchführung der im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschriebenen praktischen Ausbildung bestimmt sind, sowie“ zu streichen.

Begründung

Aus personellen, räumlichen und finanziellen Gründen ist die Einrichtung von Polikliniken an den akademischen Lehrkrankenanstalten in absehbarer Zeit nicht möglich. Die im Rahmen der ärztlichen Ausbildung vorgeschriebene praktische Ausbildung werden die Studierenden der Medizin an den Lehrkrankenanstalten in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der kassenärztlichen Beteiligung von Krankenhausärzten erhalten. Entsprechend sollte an die Stelle des Begriffes „poliklinische Ausbildung“ im Entwurf einer Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte nach dem Stand vom 10. August 1974 der Begriff „Ausbildung in ambulanter ärztlicher Versorgung“ treten. Diese von den Ländervertretern in einer Besprechung im BMJFG am 31. Juli 1974 überwiegend gewünschte Formulierung wurde aber gerade deshalb nicht in den Entwurf übernommen, um eine gleichlautende Formulierung in der RVO und der AAPo zu haben.

Die Auffassung, daß für die Unterrichtung der Studenten in ambulanter ärztlicher Versorgung neben den bestehenden Polikliniken die Ambulanzen leitender Ärzte als Lehrbeauftragte in den Lehrkrankenanstalten im Rahmen ihrer kassenärztlichen Beteiligung ausreichen, wird durch die vorgesehene Änderung des § 368 a Abs. 8 Satz 1 (Artikel 1 § 1 Nr. 24 f) bestärkt, durch die der unmittelbare Zugang zu diesen Ärzten eröffnet wird.

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

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

„cc) Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

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

b) In Buchstabe b sind in Doppelbuchstabe bb in Satz 3 nach dem Wort „Sozialordnung“ ein Punkt zu setzen und der restliche Satzteil durch folgenden Satz zu ersetzen: „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen können hierzu Vorschläge machen.“

Begründung

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes soll bei der Berufung des Vorsitzenden und der beiden Beisitzer nicht an die Vorschläge der Kassenärzt-

lichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen gebunden sein. Damit entfällt der den Vorwurf der Parteilichkeit begünstigende 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.

16. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 29 Buchstabe 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 geregelt.

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

17. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe c (§ 368 n Abs. 3 – neu – Satz 3 RVO)

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

„Oaa) 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.

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

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

„Insoweit obliegt ihnen insbesondere

a) die örtliche Organisation eines Bereitschaftsdienstes,

b) die Bereitstellung von Vertretern und Assistenten,

c) die Regelung der Versorgung mit Hilfe von Ermächtigungen für nicht zugelassene oder nicht beteiligte Ärzte oder für Krankenhäuser oder Institute,

d) die Bewilligung von Zweigpraxen und Zweitsprechstunden,

e) die Gewährung von zeitlich befristeten Umsatzgarantien und zinslosen Honorarvorschüssen zur Erleichterung der Anlaufzeit bei Praxisgründungen,

f) die Gewährung und Vermittlung von zinslosen oder zinsgünstigen Darlehen und die Gewährung von Zinszuschüssen zur Praxisgründung, Gründung von Praxisgemeinschaften, Ausstattung von Zweigpraxen und Einrichtungen von Apparategemeinschaften,

g) die Übernahme der Kosten für die Errichtung und Unterhaltung von ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen und die Gewährung einer Bereitschaftsdienstpauschale,

h) die Gewährung von Zuschüssen zur Beschäftigung von Vertretern und Assistenten in besonderen Fällen,

i) die Gewährung erhöhter Wegegelder für Landarztpraxen.“

b) Nach Buchstabe e ist folgender Buchstabe f anzufügen:

„f) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

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

Begründung

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

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

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

Begründung

Die vorgesehene Möglichkeit, Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versor-

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

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

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

Nach Nummer 30 ist folgende Nummer 30 a einzufügen:

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

a) Absatz 4 Satz 3 erhält folgende Fassung:

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

1. die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der Barauslagen und die Entschädigung für den Zeitverlust der Ausschußmitglieder,

2. die Geschäftsführung,

3. das Verfahren und

4. über die Verteilung der Kosten.“

b) Absatz 5 wird gestrichen.“

Begründung

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

21. Zu Artikel 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.“

Begründung

Folge der Einfügung von § 368 Abs. 5.

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

a) In Nummer 33 sind die Eingangsworte wie folgt zu fassen: „Nach § 368 q wird folgender § 368 r eingefügt.“

b) § 368 s ist ersatzlos zu streichen.

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

In Nummer 26 Buchstabe a sind in Doppelbuchstabe aa die Worte „den eigeneinrichtungen der Krankenkassen“ zu ersetzen durch die Worte „den Zahnkliniken der Krankenkassen“.

In Nummer 49 sind in § 525 c Abs. 2 die Worte „; § 368 s gilt entsprechend“ zu streichen.

Begründung

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

23. Stellungnahme zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner

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

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

Der Bundesrat hat schwerwiegende Bedenken vor allem in folgenden Punkten:

Finanzierung der KVdR

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

Der Bundesrat hat erhebliche Bedenken, eine solche Regelung mitzutragen, die außerdem schon für die Zeit ab 1976 zusätzliche Unsicherheiten für die Krankenkassen mit sich brächte. Als Grundlage für die weiteren Beratungen im Gesetzgebungsverfahren sollte daher ergänzendes Zahlenmaterial über die finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung zumindest in den Jahren 1975 bis 1977, auch mit Angaben über Entlastungen, zum Beispiel beim Zahnersatz, vorgelegt werden. Alternativrechnungen wären ebenso erforderlich wie Ausführungen dazu, weshalb der Bund sich selbst seinen Zuschuß zur Rentenversicherung bei deren prekären Finanzlage zinslos bzw. zinsgünstig stundet.

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

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

Belastungsausgleich

Der Bundesrat hält einen verbesserten Ausgleich der Leistungsaufwendungen für Rentner,

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

Streichung der Vorschriften über die Gewährsträgerschaft

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

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

Der Bundesrat hält es daher für nicht vertretbar, daß die Garantiepflicht der öffentlichen Hand beseitigt werden soll. Das Bundessozialgericht (BSG 34, 177) hat nicht entschieden, daß die Garantiepflicht verfassungswidrig sei, sondern daß sie bei verfassungskonformer Auslegung des § 389 RVO den Bund und nicht die Gemeindeverbände trifft. Mit der Beibehaltung der Garantiepflicht soll keine Subventionierung der Krankenkassen aus öffentlichen Mitteln angestrebt werden. Durch sachgerechte Reform der bisherigen zum Teil überholten Beitragsatzhöchstgrenzen, verbunden mit einer entsprechenden Ausgestaltung der Vorschriften über die Gewährsträgerschaft, muß aber erreicht werden, daß für einzelne Solidargemeinschaften nicht unzumutbare Belastungen entstehen. Zugleich würde eine solche Regelung der politischen Verantwortung des Bundes gegenüber denjenigen, die seine Beschlüsse finanzieren müssen, Rechnung tragen.

24. Zu Artikel 1 § 1 Nr. 38 (§§ 393 b, 393 d RVO)

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.

25. Zu Artikel 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 Ausbildungsverhältnis 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 vorläge. Das würde bei den Auszubildenden geschehen. Sie haben einen besonders niedrigen Grundlohn und dürfen nicht in derselben Höhe zur Abdeckung der Rentnerlast herangezogen werden, wie voll im Erwerbsleben stehende, höher verdienende 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 ausbildungsintensiven 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 gerechtere Lastenverteilung erreicht.

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

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

26. Zu Artikel 1 § 3 (KVLG)

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 (Drucksache 7/2346) und
2. Vervollständigung des Krankenversicherungsschutzes für

- a) landwirtschaftliche Unternehmer, die nach der Betriebsaufgabe innerhalb von drei Monaten Altersgeld oder Landabgaberechte 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.

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.

27. Zu Artikel 2 § 1

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

„(2) Abweichend von § 173 a 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 unbeachtlicher 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 verzweifelte 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 Facileute von dem überproportionalen Kostenanstieg in einem so gravierenden Ausmaß offensichtlich überrascht worden sind. Diese von Grund auf geänderten Entscheidungs-

voraussetzungen 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, nodumals die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen.

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

28. Zu Artikel 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.

29. Zu Artikel 2 § 8

- a) Der Text des § 8 wird Absatz 1.
b) Nach Absatz 1 sind folgende Absätze 2 bis 4 anzufügen:

„(2) Kommt der Bedarfsplan nicht innerhalb der Frist des Absatzes 1 zustande, so kann er von der obersten Verwaltungsbehörde des Landes aufgestellt werden. § 368 der Reichsversicherungsordnung gilt.“

(3) Der von der obersten Verwaltungsbehörde aufgestellte Bedarfsplan tritt mit dem Tage der Veröffentlichung des nach § 368 der Reichsversicherungsordnung aufzustellenden Bedarfsplanes außer Kraft.

(4) Wird der Bedarfsplan nicht bis zum 1. Juli eines jeden Jahres der Entwicklung angepaßt, so gelten für die Anpassung Absätze 2 und 3 sinngemäß.“

Begründung

Der Bedarfsplan ist als hervorragendes Instrument zur Beurteilung des Standes der ärztlichen Versorgung und zum Einsatz entsprechender Steuerungsmaßnahmen anzusehen. Den Vorschriften über seine Aufstellung kommt des-

halb eine ganz besondere Bedeutung zu. Die vorgeschlagene Ergänzung soll sicherstellen, daß innerhalb einer vertretbaren Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes auf jeden Fall ein Bedarfsplan als Arbeitsgrundlage vorhanden ist, der auch entsprechend weiterentwickelt werden kann.

30. Zu Artikel 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 Absatz 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.

31. Zu Artikel 2 § 17 Abs. 2

In § 17 ist Absatz 2 wie folgt zu fassen:

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

Begründung

Die mit dem Entwurf vorgesehene 25 Jahre zurückwirkende Streichung von Rechtsansprüchen auf Garantiehilfe ist verfassungsrechtlich nicht zulässig, zumal die Voraussetzungen für die Garantiehilfe erst durch das Lohnfortzahlungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1970 neu geregelt worden sind.

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

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

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

Zu 1. (Zum Gesetzentwurf)

Die Beurteilung des kassenärztlichen Teils des Regierungsentwurfs durch den Bundesrat wird nicht geteilt.

Diese Beurteilung verkennt die Grundsätze des Regierungsentwurfs und damit auch die innere Folgerichtigkeit seiner Regelungen. Der Regierungsentwurf geht von dem im geltenden Recht verankerten Grundsatz aus, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung haben. An diesem Grundsatz, der sich bewährt hat, soll festgehalten werden. Zugleich soll der für eine wirkungsvolle Sicherstellung bestehende Handlungsspielraum durch Einzelregelungen abgesichert und erweitert werden. Ein Mittel hierzu ist die Bedarfsplanung. Sie soll – entsprechend ihren auf die freie Berufsausübung des niederlassungswilligen Arztes aufbauenden Voraussetzungen – eine wesentliche Grundlage für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sein, nicht aber ein Mittel zur verbindlichen Steuerung der Niederlassung von Kassenärzten. Die Bundesregierung geht vielmehr davon aus, daß die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung flexible, situationsgerechte und auf die realen Verhältnisse bezogene Maßnahmen erfordert. Dementsprechend wird auch für die als letztes Mittel vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen – ihre Voraussetzungen sind nicht nur in einer Verordnungsermächtigung geregelt, sondern in zusätzlichen gesetzlichen Regelungen – nicht an die Frage angeknüpft, ob der Bedarfsplan erfüllt ist oder nicht, sondern, ob eine nicht auf andere Weise behebbare Unterversorgung besteht oder droht – eine Frage, die sowohl nach den durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen konkretisierten Maßstäben als auch den Orientierungsgrößen des Bedarfsplans, aber auch nach den realen Verhältnissen zu beurteilen ist.

Der Regierungsentwurf sieht bei durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht behebbarer Unterversorgung den partiellen Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen vor.

Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, daß im Vergleich zu dem vom Bundesrat eingebrachten Entwurf der Regierungsentwurf für die Probleme der kassenärztlichen Versorgung eine ausgewogenere und flexiblere Lösung darstellt, der im weiteren Gesetzgebungsverfahren der Vorzug gegeben werden sollte.

Zu 2. (Artikel 1 § 1 nach Nummer 6 – § 205 Abs. 3 RVO)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 3. (Artikel 1 § 1 nach Nummer 9 – §§ 245, 250 RVO)

Artikel 1 § 1 Nr. 40 des Gesetzentwurfs enthält den Vorschlag einer Regelung, durch die die Gefährdung der Leistungsfähigkeit auch kleinerer Krankenkassen abgewendet werden kann.

Im übrigen wird die Bundesregierung die Empfehlung des Bundesrates prüfen.

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

Den Vorschlägen wird widersprochen.

Der Regierungsentwurf geht von der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aus und sieht vor, daß dementsprechend die Kassenärztlichen Vereinigungen – ungeachtet der hierbei notwendigen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen – auch die letztverantwortliche Entscheidung über die Bedarfsplanung als einen Bestandteil der Sicherstellung haben sollen. Dies entspricht der vollen Einstandspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Gelingen ihrer Sicherstellungsbemühungen, aber auch der Funktion des Bedarfsplans als einem Orientierungsrahmen und nicht als Mittel der Verteilungssteuerung von Ärzten. Es würde sich nachteilig auf die Sicherstellungsbemühungen auswirken, wenn Meinungsverschiedenheiten zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen statt – wie im Regierungsentwurf – am tatsächlichen Erfolg oder Mißerfolg der Sicherstellungsbemühungen gemessen zu werden, durch eine besondere Institution entschieden werden müssen und dadurch in den Rechtszug verlagert werden können, oder – entsprechend dem Vorschlag des Bundesrates Nummer 29 – sogar die staatlichen Aufsichtsbehörden zur Aufstellung des Bedarfsplans veranlaßt werden könnten. Damit würde zugleich eine Verlagerung der bei der Bedarfsplanung zu lösenden Probleme aus der Selbstverwaltung begünstigt.

Zu 5. (Artikel 1 § 1 Nr. 23 nach Buchstabe a – § 368 nach Absatz 1 RVO)

Die Bundesregierung begrüßt alle Maßnahmen, die darauf abzielen, zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung beizutragen. Sie ist der Auffassung, daß die Frage, welche geeigneten Regelungen im einzelnen getroffen werden können, um eine bei der bevorzugten Vergabe von Studienplätzen eingegangene Verpflichtung abzusichern, wegen der Vielzahl rechtlicher und praktischer Probleme noch eingehender Prüfung bedarf.

Zu 6. (Artikel 1 § 1 Nr. 23 Buchstabe b – § 368 Abs. 3 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Der Vorschlag wird der Funktion der Zielbeschreibung der kassenärztlichen Versorgung nicht gerecht und verkennet, daß diese Zielbeschreibung nicht im Widerspruch zu dem Wirtschaftlichkeitsgebot der § 182 Abs. 2 und § 368 e RVO steht. Die Zielbeschreibung enthält Orientierungsgrößen für die Planung und Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und richtet sich insbesondere an die Kassenärztlichen Vereinigungen, während das Wirtschaftlichkeitsgebot den Umfang und Inhalt der ärztlichen Behandlung durch den einzelnen Kassenarzt bestimmt und sich an diesen richtet.

Zu 7. (Artikel 1 § 1 Nr. 24 Buchstabe b – § 368 a Abs. 2 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die im Regierungsentwurf vorgeschlagene Änderung der Vorschrift des § 368 a Abs. 2 RVO soll das aus der Niederlassungsfreiheit folgende Recht des Arztes klarstellen, seinen Praxisort – rechtstechnisch definiert als „Ort der Niederlassung“ – frei zu wählen und hierfür die Zulassung als Kassenarzt zu beantragen. Eine Beibehaltung der bisherigen Fassung würde diesem Grundsatz widersprechen, da sie einen seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 überholten Rechtszustand wiedergibt, wonach eine Zulassung als Kassenarzt nur für vom Zulassungsausschuß zuvor bestimmte räumliche Bezirke („Ort oder Ortsteile“) erfolgen konnte.

Zu 8. (Artikel 1 § 1 Nr. 24 nach Buchstabe c – § 368 a Abs. 3 a RVO)

Auf die Ausführungen zum Vorschlag Nummer 5 wird verwiesen.

Zu 9. (Artikel 1 § 1 Nr. 24 Buchstabe f – § 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Für die Möglichkeit auch der unmittelbaren Inanspruchnahme von an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten leitenden Krankenhausärzten durch die Versicherten – also nicht nur auf Überweisung durch den „Hausarzt“ – besteht ein praktisches Bedürfnis (z. B. im Rahmen von Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen). Da es nach wie vor der Zulassungsausschuß zu bestimmen hat, in welchen Fällen ein leitender Krankenhausarzt unmittelbar oder auf Überweisung an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden und damit eine Steuerung des Bedarfs erfolgen kann, wird damit weder eine generelle ambulante Tätigkeit dieser Krankenhausärzte eröffnet noch der Ausnahmecharakter der Rechtsform der Beteiligung beseitigt.

Zu 10. (Artikel 1 § 1 Nr. 25 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa – § 368 c Abs. 2 Nr. 1 RVO)

Dem Vorschlag wird aus den zum Vorschlag Nummer 4 dargelegten Gründen widersprochen.

Zu 11. (Artikel 1 § 1 Nr. 25 Buchstabe c – § 368 c Abs. 3 RVO)

Die dieser Empfehlung zugrunde liegende rechtliche Beurteilung der Regelungen des Regierungsentwurfs wird nicht geteilt. Die Bundesregierung ist vielmehr der Auffassung, daß die gesetzlichen Voraussetzungen der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in ihrem systematischen Zusammenhang (vgl. § 368 c Abs. 3, § 368 r Abs. 2 und 3 RVO) in einer den verfassungsrechtlichen Erfordernissen gerecht werdenden Weise bestimmt, insbesondere auch genügend konkretisiert sind.

Zu 12. (Artikel 1 § 1 Nummer 25 Buchstabe c – § 368 c Abs. 3 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Eine solche Regelung dürfte schwer praktikierbar sein. Sie erscheint zudem bedenklich, da sie mit der dem Kassenarzt garantierten freien Berufsausübung nicht im Einklang stehen dürfte.

Zu 13. (Artikel 1 § 1 Nummer 25 nach Buchstabe c – § 368 c nach Abs. 3 RVO)

Auf die Ausführungen zum Vorschlag Nummer 3 wird verwiesen.

Zu 14. (Artikel 1 § 1 Nr. 26 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc § 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die im Regierungsentwurf in Anlehnung an die schon bestehende Regelung über die Universitäts-polikliniken vorgeschlagene Möglichkeit der ambulanten Behandlung von Versicherten in akademischen Lehrkrankenhäusern soll einer poliklinischen Ausbildungsaufgabe dieser Krankenhäuser im Rahmen der praktischen Ausbildung von Studierenden der Medizin Rechnung tragen. Wie in der Begründung des Regierungsentwurfs zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 bereits dargelegt, wird davon ausgegangen, daß für diese Folgeregelung in der RVO eine entsprechende Klarstellung in der Approbationsordnung für Ärzte vorgenommen wird.

Zu 15. (Artikel 1 § 1 Nr. 28 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – § 368 i Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Er stellt gegenüber dem Vorschlag des Regierungsentwurfs keine Verbesserung dar, da er dem Selbstverwaltungsprinzip nicht genügend Rechnung trägt.

Zu 16. (Artikel 1 § 1 Nr. 29 Buchstabe b – § 368 m Abs. 5 RVO)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Bundesregierung hält Fortbildungsmaßnahmen für erforderlich, die auf die spezifische Tätigkeit des Kassenarztes im System der kassenärztlichen Versorgung ausgerichtet sind. Deshalb soll Fortbildung auf dem Gebiete der kassenärztlichen Tätigkeit zu einer kassenärztlichen Pflicht gemacht werden, welche von den Kassenärztlichen Vereinigungen überwacht werden soll. Aufgaben der Ärztekammern werden dadurch nicht berührt. Die Bundesregierung geht auch nicht von einer „Konkurrenz“ zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, sondern von einer Zusammenarbeit auf diesem Gebiete aus.

Zu 17. (Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe c – § 368 n Abs. 3 – neu – Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Die Bundesregierung teilt zwar nicht die Auffassung von der gleichen Verantwortlichkeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die kassenärztliche Versorgung, hält aber in diesem Falle eine Mitwirkung der Krankenkassen am Vertragsabschluß aufgrund ihrer Interessen als Zahlungspflichtige für förderlich.

Zu 18. (Artikel 1 § 1 Nr. 30 Buchstabe e – § 368 n Abs. 7 nach Satz 1 RVO)

Den Vorschlägen wird widersprochen.

Eine zusätzliche Konkretisierung möglicher Sicherstellungsmaßnahmen durch einen Katalog von besonders wünschenswerten Maßnahmen („insbesondere“) stellt gegenüber der Lösung im Regierungsentwurf, die einer Generalklausel („alle geeigneten finanziellen sonstigen Maßnahmen“) den Vorzug gibt, keine Verbesserung dar. Vielmehr steht zu befürchten, daß der – naturgemäß begrenzte – Katalog eine angesichts der Unterschiedlichkeit der Verhältnisse und Vielfalt der Möglichkeiten nicht wünschenswerte Leitfunktion erhält, damit die Flexibilität der Sicherstellungsbemühungen hindert und letztlich einengend wirkt.

Die gleichen Gesichtspunkte sprechen auch gegen die mit dem Vorschlag verbundene einengende Regelung der Kostentragung.

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

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Möglichkeit, der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienende Einrichtungen zu betreiben, soll das Sicherstellungsinstrumentarium der Kassenärztlichen Vereinigungen ergänzen. Auch damit soll zur Vermeidung von Zulassungsbeschränkungen schwierigen Versorgungssituationen oder besonderem medizinischem Bedarf Rechnung getragen werden können. Da solche Einrichtungen Ausnahmecharakter haben, wird die Befürchtung des Bundesrates, das System des geltenden Kassenarztrechts werde „ausgehöhlt“, nicht geteilt.

situations- oder besonderem medizinischem Bedarf Rechnung getragen werden können. Da solche Einrichtungen Ausnahmecharakter haben, wird die Befürchtung des Bundesrates, das System des geltenden Kassenarztrechts werde „ausgehöhlt“, nicht geteilt.

Zu 20. (Artikel 1 § 1 nach Nummer 30 – § 368 o Abs. 4 Satz 3 RVO)

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, ob die vorgeschlagene Verordnungsermächtigung einer weiteren Ausgestaltung bedarf.

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

Dem Vorschlag wird aus den zum Vorschlag Nummer 4 dargelegten Gründen widersprochen.

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

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Bundesregierung hält es für erforderlich, auch für den Fall eine Regelung zu treffen, daß es einer Kassenärztlichen Vereinigung selbst mit dem Mittel der Zulassungsbeschränkung nicht gelingt, einen Versorgungsmangel zu beheben; entsprechend der Absicht, der Selbstverwaltung den Vorrang zu lassen, soll in solchen Fällen die Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf die Krankenkassen übergehen können. Mit einer Streichung des § 368 s RVO würde zugleich der als Bestandteil des dem Regierungsentwurf zugrunde liegenden Konzepts in dieser Vorschrift liegende Zwang für die Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt werden, den Verlust der Verantwortung für die Sicherstellung zu vermeiden.

Zu 23. (Zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner)

Die Bundesregierung teilt die Bedenken des Bundesrates nicht.

Die vorgeschlagene Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner steht in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen den Bedürfnissen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem finanziellen Leistungsvermögen der gesetzlichen Rentenversicherungen, denen die Bundesregierung bei ihren Vorschlägen in gleicher Weise Rechnung tragen muß. Neben die laufenden Beitragspflichten der Rentenversicherung tritt der Erlaß der durch Überzahlungen der Rentenversicherungsträger entstandenen Rückzahlungsverpflichtungen bis zum Jahre 1974 in Höhe von rd. 6 Milliarden DM und die zusätzliche Übergangsleistung für 1975 in Höhe von 2,5 Milliarden DM. Außerdem können weitere Zahlungen für die Krankenversicherung der Rentner festgesetzt

werden, wenn dies ohne Gefährdung der Finanzentwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung wegen der Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist.

Soweit die weiteren Beratungen des Entwurfs im Gesetzgebungsverfahren die Vorlage von ergänzendem Zahlenmaterial erfordern, wird die Bundesregierung dieses vorlegen.

Die Bundesregierung nimmt davon Kenntnis, daß auch der Bundesrat eine mittelfristige Vorausschau der Finanzentwicklung und deren Bestimmungsfaktoren für erforderlich hält. Sie sieht jedoch keine Veranlassung, eine derartige Vorausschau, die seit 1968 für einen jeweils fünfjährigen Zeitraum ohnehin im Sozialbudget vorgenommen wird, dem Sozialbeirat zu übertragen. Die Bundesregierung macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß der Sozialbeirat bereits mit Entschiedenheit abgelehnt hat, die Verantwortung für die Vorabschätzungen in den gesetzlichen Rentenversicherungen zu übernehmen. Eine andere Frage ist, ob der Sozialbeirat – ähnlich wie für die gesetzlichen Rentenversicherungen – eine derartige Vorausschau begutachten sollte. Diese Frage bedarf weiterer Prüfung.

Der Vorschlag, dem Sozialbeirat darüber hinaus weitere Aufgaben auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit zu übertragen, steht nicht im Zusammenhang mit diesem Gesetzentwurf.

Der von der Bundesregierung vorgeschlagene Belastungsausgleich (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 38) führt dazu, daß die durch Beiträge der Rentenversicherung nicht gedeckten Aufwendungen der Krankenversicherung der Rentner weitgehend gleichmäßig auf die nicht als Rentner versicherten Mitglieder verteilt werden, berücksichtigt aber auch die strukturellen Besonderheiten des gegliederten Systems der Krankenversicherungsträger. Durch die Regelung nach § 393 d der Reichsversicherungsordnung ist zudem dafür gesorgt, daß innerhalb der Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen der Finanzierungsanteil der beitragszahlenden Mitglieder als Vomhundertsatz des Grundlohnes festgesetzt werden kann. Zu der Frage, inwieweit im Rahmen des Belastungsausgleichs für die Auszubildenden und gering Verdienenden besondere Regelungen erforderlich sein können, wird zu Nummer 25 Stellung genommen.

Die bisherigen Regelungen der Reichsversicherungsordnung über die Garantiehaftung für die Ortskrankenkassen haben und konnten sich auch nicht stabilisierend auf die Beitragssätze auswirken. Die Beitragsentwicklung bei den Ortskrankenkassen unterscheidet sich nicht von der Entwicklung bei solchen Versicherungsträgern, die keine Gewährträger haben.

Außerdem lassen sich mit der der Garantiehaftung vorgeschalteten Möglichkeit der Vereinigung mit anderen Ortskrankenkassen nicht hinreichend gebiet-

liche Strukturschwächen und ungünstige Mitgliederstrukturen ausgleichen. Der als Voraussetzung für die Garantiehaftung geforderte Abbau der Mehrleistungen ist sozialpolitisch nicht unbedenklich. Die Übertragung des Amtes „des Kassenvorsitzenden“ auf einen Vertreter des Garantieträgers entspricht nicht den Grundsätzen der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Sozialversicherungsträger.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 25. Mai 1972 (BSG 34, 177) entschieden, daß die Ortskrankenkassen keinen Anspruch gegen die Gemeindeverbände aus der Garantiehaftung haben. Dagegen ist der Bund aus diesem Urteil zur Übernahme der Garantiehaftung für die Ortskrankenkassen nicht verpflichtet worden. Die Bundesregierung ist daher nicht der Auffassung des Bundesrates, daß entschieden sei, daß den Bund „bei verfassungskonformer Auslegung des § 398 RVO“ die Garantiepflicht trifft. Vielmehr ist durch das Urteil des Bundessozialgerichts Rechtsunsicherheit entstanden, die durch die Regierungsvorlage beseitigt wird.

Die Übernahme der Garantiehaftung für die Ortskrankenkassen durch den Bund würde das Finanzierungssystem der Krankenversicherung verändern. Je nach Festlegung der Beitragssatzgrenze würde ein mehr oder minder großer Anteil der Einnahmen der Ortskrankenkassen aus dem Bundeshaushalt aufzubringen sein, wenn die Beitragssatzgrenze nicht laufend der allgemeinen Ausgabenentwicklung angepaßt wird. Eine laufende Zuschußleistung des Bundes an Ortskrankenkassen widerspricht jedoch dem Zweck der Garantiehaftung, bei außergewöhnlichen Umständen vorübergehend Zuschüsse zu leisten.

Schließlich würde das Eintreten des Bundes für Defizite der Ortskrankenkassen zu einer von Kassenart zu Kassenart unterschiedlicher Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Während bei Innungs- und Betriebskrankenkassen der durch die Errichtung Verantwortliche für Fehlbeträge eintritt, würde bei den Ortskrankenkassen der Bund haften, der auf die Beitragsgestaltung der einzelnen Ortskrankenkasse keinen unmittelbaren Einfluß hat.

Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Neuordnung entspricht dagegen den Grundsätzen der Selbstverwaltung und der finanziellen Selbstverantwortung der Ortskrankenkassen und ihrer Verbände.

Zu 24. (Artikel 1 § 1 Nr. 38 – §§ 393 b, 393 d RVO)

Nach Auffassung der Bundesregierung kann der vorgeschlagene Erfahrungsbericht frühestens Ende des Jahres 1978 erstellt werden, weil die gewünschten Informationen, die der Bericht vermitteln soll, nur dann hinreichend aussagekräftig sein können, wenn Erfahrungen während eines hinreichend langen Zeitraumes gesammelt worden sind.

Zu 25. (Artikel 1 § 1 Nr. 38 – § 393 b RVO)

Die Bundesregierung hat Bedenken, dem Vorschlag zu folgen, weil er eine präjudizierende Wirkung auf andere Personengruppen mit niedrigem Grundlohn haben könnte. Eine abschließende Beurteilung des Vorschlags ist erst möglich, wenn das Ausmaß und die finanziellen Auswirkungen eine Herausnahme derartiger Personengruppen aus dem Belastungsausgleich festgestellt sind. Die Bundesregierung hat die hierzu notwendigen Untersuchungen eingeleitet und wird im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens ergänzend Stellung nehmen.

Zu 26. (Artikel 1 § 3 – KVVG)

Die Bundesregierung wird die Anregungen des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 27. (Artikel 2 § 1)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Krankenversicherung ist bereits zweimal für Rentner geöffnet worden, die privat krankenversichert waren. Die Bundesregierung hält es im Interesse der Beitragszahler, die die Krankenversicherung der Rentner finanzieren müssen, nicht für vertretbar, daß privat krankenversicherte Rentner, die sich von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner befreien ließen, zur gesetzlichen Krankenversicherung dann überwechseln können, wenn ihnen das vorteilhaft erscheint.

Im Hinblick auf die Begründung des Bundesrates für eine erneute Öffnung der Krankenversicherung der Rentner ist der weitere Vorschlag nicht zu vertreten, daß sich versicherungspflichtige Rentner erneut für die Befreiung von der Versicherungspflicht auch ohne die Beschränkungen des § 173 a Abs. 1 RVO entscheiden können. Auch diesen Vorschlag, für den eine Begründung nicht gegeben wird, hält die Bundesregierung sozialpolitisch nicht für vertretbar.

Zu 28. (Artikel 2 § 8)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 29. (Artikel 2 § 8)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Der Vorschlag ist mit dem vom Regierungsentwurf verfolgten Leitgedanken nicht vereinbar, die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung einschließlich der Bedarfsplanung in die volle Verantwortung der Selbstverwaltung zu geben. Die Bundesregierung geht hierbei davon aus, daß die Selbstverwaltung dieser Aufgabe gerecht werden kann. Es bedarf auch nach Meinung der Bundesregierung keiner Regelung „staatlicher Ersatzvornahme“, da das geltende Aufsichtsrecht genügend rechtliche Handhaben bietet, um die rechtzeitige Erstellung von Bedarfsplänen zu gewährleisten.

Zu 30. (Artikel 2 § 10 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 31. (Artikel 2 § 17 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Wenn man mit dem Bundessozialgericht davon ausgeht, daß § 389 Abs. 2 Satz 2 RVO seit dem 1. April 1950 (Inkrafttreten des Ersten Überleitungsgesetzes) im Widerspruch zu Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG steht, so folgt daraus die Notwendigkeit, die Vorschrift von diesem Zeitpunkt an aufzuheben.

Zu 32.

Die Bundesregierung befürwortet grundsätzlich die Erstellung des vom Bundesrat erbetenen Berichts; sie hält jedoch den vorgeschlagenen Berichtszeitpunkt für verfrüht.