

Begründung:

Die vorstehend vorgeschlagene Fassung entspricht inhaltlich dem geltenden Recht, das den Anpassungsfaktor der Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes allein von der Veränderung der allgemeinen Bemessungsgrundlage abhängig macht. Die im Gesetz vorgesehene Fassung der Vorschrift würde den Vordringlichkeitssatz der Anpassung der Leistungen des BVG an den der Renten aus der Arbeiterrentenversicherung nach § 1272

Abs. 1 RVO binden, auch für den Fall, daß dieser von Veränderungen der allgemeinen Bemessungsgrundlage abweichend festgesetzt würde, z.B. bei einer nettolohnbezogenen Anpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine solche Bindung an den Anpassungssatz der Renten aus der Rentenversicherung ist sachlich nicht geboten und wird nicht für gerechtfertigt gehalten.

13.05.77

AS - Fz - In - R

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur
Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 27. Sitzung am 13. Mai 1977 auf Grund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) - Drucksache 8/338 - den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)
- Drucksachen 8/166, 8/173 -

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 03.06.77

Erster Durchgang: Drs. 76/77

Gesetz
zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur
Verbesserung in der gesetzlichen Kranken-
versicherung
Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz —
KVKG)

Der Bundstag hat mit Zustimmung des Bundes-
rates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1
Anderung von Gesetzen

§ 1

Anderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bun-
desgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820 — 1,
veröffentlichten, bereinigten Fassung, zuletzt ge-
ändert durch Artikel 1 § 1 des Gesetzes vom 28. De-
zember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt ge-
ändert:

1. § 165 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Personen, welche die Voraussetzungen
für den Bezug einer Rente aus der Ren-
tenversicherung der Arbeiter oder der
Rentenversicherung der Angestellten
erfüllen und diese Rente beantragt ha-
ben, wenn

a) sie oder die Person, aus deren Ver-
sicherung sie ihren Rentenanspruch
ableiten, seit der erstmaligen Auf-
nahme einer Erwerbstätigkeit, jedoch
frühestens seit dem 1. Januar 1950 bis

zur Stellung des Rentenanspruches min-
destens die Hälfte der Zeit Mitglied
eines Trägers der gesetzlichen Kran-
kenversicherung waren oder mit
einem Mitglied verheiratet und nicht
mehr als nur geringfügig beschäftigt
oder geringfügig selbständig tätig
waren oder

b) sie oder die Person, aus deren Ver-
sicherung sie ihren Rentenanspruch
ableiten, zu den in §§ 1 oder 17
Abs. 1 des Fremdrentengesetzes Ge-
nannten gehören und ihren Wohn-
sitz innerhalb der letzten zehn Jahre
vor der Rentenanspruchstellung in den
Geltungsbereich dieses Gesetzes ver-
legt haben.“

b) Absatz 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Nach Absatz 1 Nr. 3 wird nicht versichert,

1. wer nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 2 a oder 4
oder nach anderen gesetzlichen Vor-
schriften versicherungspflichtig ist,
2. wer nur wegen Überschreitens der Ein-
kommengrenzen 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 Reichs-
versicherungsordnung vom 24. August
1965 (BGBl. I S. 912), zuletzt geändert
durch Artikel 3 § 8 des Gesetzes vom
21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259), 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. § 176 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 einge-
fügt:

„9. Personen, die eine Rente aus der Ren-
tenversicherung der Arbeiter oder der
Rentenversicherung der Angestellten
beziehen, es sei denn, sie waren nach
dem 30. Juni 1977 betriebsberechtigt,
sind aber kein Mitglied eines Trägers
der gesetzlichen Krankenversicherung
geworden, oder sie sind nach dem

30. Juni 1977 aus der freiwilligen Versicherung ausgetreten,“.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Beitritt nach Satz 1 Nr. 9 ist binnen eines Monats nach Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides zu erklären.“

4. § 176 b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. Personen, für die der Anspruch auf Familienhilfe erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 205 Abs. 1 Satz 2 vorliegen,“.

b) In Absatz 2 werden nach den Worten „Anspruchs auf Familienhilfe“ die Worte „oder nach dem Beginn ihrer Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Versicherten“ eingefügt.

5. § 180 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Hierbei ist der Arbeitsentgelt bis zum Betrage von einem Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2) für den Kalendertag zu berücksichtigen; soweit er diesen Betrag übersteigt, bleibt er außer Ansatz.“

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Für freiwillig Versicherte gilt als Grundlohn der auf den Kalendertag entfallende Teil des Arbeitsentgelts und sonstiger Einnahmen zum Lebensunterhalt bis zu dem in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag, mindestens jedoch der 150. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Bei stark schwankenden Einnahmen kann die Kasse als Grundlohn den durchschnittlich auf den Kalendertag entfallenden Teil der in den letzten drei Monaten erzielten Einnahmen festsetzen. Läßt sich kein Grundlohn ermitteln, so bestimmt die Kasse den Grundlohn.“

6. § 182 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b erhält folgende Fassung:

„b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Satzung entsprechend den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 368 p eingeschränkt ist,“.

b) In Buchstabe d werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten“ gestrichen.

7. § 182 a erhält folgende Fassung:

„§ 182 a

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband-, Heilmitteln hat der Versicherte eine Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel an der abnehmenden Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse ist in besonderen Härtefällen, vor allem laufend Arznei-, Verband- und Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nachzubefreien.“

8. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnheilkunde. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen.“

9. Nach § 182 d wird folgender § 182 e eingefügt:

„§ 182 e

Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe eines Viertelmonatlichen Bezugsgröße je Leistungsteil, die Krankenkasse zu zahlen hat. Sie kann bestimmen, daß

a) der Betrag dann an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn die Behandlung abgeschlossen wird, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, oder

b) die Zuzahlung laufend während der Behandlung zu zahlen und dem Versicherten zu erstatten ist, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.“

10. § 184 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege abgeschlossen sind (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zureichenden Grund ein anderes als eines der nächst erreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“

11. Dem § 185 b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.“

12. § 187 erhält folgende Fassung:

„§ 187

Die Satzung kann

1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,

a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder

b) einer Gefährdung der normalen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,

2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen,

3. Fürsorge für Genesende, vor allem durch Unterbringung in einem Genesungsheim, vorsehen.

In den Fällen der Nummer 1 Buchstabe a kann die Satzung die Übernahme der gesamten Kosten für Arbeitnehmer vorsehen.“

13. Dem § 194 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden.“

14. § 195 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,“

15. § 198 erhält folgende Fassung:

„§ 198

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie im Geltungsbereich dieses Gesetzes entbunden und die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 196) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den

Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden".

16. § 201 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Für die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 Versicherten gilt als Grundlohn ein Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der Bezugsgröße.“

17. § 205 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „im Inland aufhalten“ durch die Worte „im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten, kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet“, ersetzt.

b) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. § 182 a gilt nicht für Kinder.“

c) In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt geändert:

„Die Satzung kann Leistungen nach Absatz 1 auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet; Absatz 1 Satz 3 gilt.“

18. Nach § 222 wird folgender § 223 eingefügt:

„§ 223

Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen überprüfen; die Krankenkasse kann den Versicherten und den behandelnden Arzt über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten.“

19. In § 257 a wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder der Ersatzkasse hätten sein können und in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an.“

20. § 257 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Sie können die Mitgliedschaft bei der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse beantragen. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die nach den §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und den Absätzen 2 und 3 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an.“

21. § 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 Ablauf des Monats, in dem über den Wegfall des Anspruchs auf Rente verbindlich entschieden ist, frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,

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

22. § 313 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 4“ durch die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4“ ersetzt; die Worte „in seiner Lohnstufe oder Klasse“ werden gestrichen.

b) Absatz 2 Sätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen eines Monats nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen. Wer jedoch in der Zeit vom elften bis zum letzten Tag dieses Monats erkrankt, hat für diese Krankheit, vorbehaltlich des § 214, Anspruch auf die Kassenleistungen nur, wenn er die Anzeige in den ersten zehn Tagen gemacht hat.“

c) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Der Anspruch auf Leistungen freiwillig Versicherter ruht, solange sie nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.“

23. § 313 a wird gestrichen.

24. § 315 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben und die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 Buchstaben a oder b genannten Voraussetzungen, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen.“

b) 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.“

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) § 165 Abs. 6 und § 257 a Abs. 1, 2, 4 bis 5 gelten entsprechend.“

25. 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.“

26. In § 317 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4 a eingefügt:

„(4a) Stellt einer der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten den Antrag nach § 257 a Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 4 a, so hat die Kasse, die den Antrag annimmt, dies der zunächst zuständigen Kasse mitzuteilen.“

27. Vor § 319 wird folgende Überschrift eingefügt:

„3. Versicherungsnummer, Versichertenausweis, Mitgliederverzeichnis“.

28. Nach § 319 wird folgender § 319 a eingefügt:

„§ 319 a

Die Krankenkasse hat ein Mitgliederverzeichnis zu führen, in das die Aufzeichnungen aufzunehmen sind, die zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses.“

29. § 368 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Landesplanung“ die Worte „sowie der Krankenhausbedarfsplanung“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Beziehungen zwischen Kassenzahnärzten und Zahn Technikern mit Ausnahme der Vergütung sowie der Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen regeln sich nach dem bürgerlichen Vertragsrecht. Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts dürfen nur durch Vereinbarung der in § 368 g Abs. 2 bezeichneten Vertragsparteien mit den Zahn Technikern abbedungen werden. Innungen oder Innungsverbände können Vereinbarungen nach Satz 2 mit bindender Wirkung für ihre Mitglieder schließen; Nichtmitglieder können diesen Vereinbarungen betreten.“

30. § 368 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 werden die Worte „nach Verzicht“ durch die Worte „mit dem Wirksamwerden eines Verzichts“ ersetzt.

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Worte „leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen)“ durch die Worte „Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind,“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Worte „sowie die Erklärung des Krankenträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird.“ angefügt.

31. § 368 c Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 11 erhält folgende Fassung:

„11. die Voraussetzungen für die Beteiligung von Krankenhausärzten hinsichtlich des Nachweises der fachärztlichen Tätigkeit bei Ärzten und der Anerkennung einer vergleichbaren Tätigkeit bei Zahnärzten, den Umfang und die Dauer der Beteiligung sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen.“

b) Nummer 12 erhält folgende Fassung:

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

Krankenhäuser zur Erbringung besonderer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die überwiegend mit Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden, durch die kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können.“

c) Folgende Nummer 15 wird angefügt:

„15. die Bestimmung von zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.“

32. § 368 f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „entrichtet“ die Worte „nach Maßgabe des Gesamtvertrages“ eingefügt.

b) Absätze 2, 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einem Kopfpauschale, nach einem Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Dabei können auch Regelungen vorgesehen werden, durch die nur solche Leistungsausweitungen berücksichtigt werden, die medizinisch vertretbar sind.“

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderung der Gesamtvergütungen. Hierbei haben sie die gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung und die zu erwartende Entwicklung der Praxiskosten und der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen.

(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben. Sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, wobei besonderen regionalen Verhältnissen Rechnung getragen werden kann.“

c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wird wie folgt geändert:
In Satz 3 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 5 wird gestrichen.

e) Es werden folgende Absätze 6, 7 und 8 angefügt:

„(6) Im Gesamtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung über den Arzneimittelhöchstbetrag sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsomme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag übersteigt, haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Prüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; der Überschreibungsbetrag soll im Wege des Einzelregresses ausgeglichen werden. Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.“

(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben; sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden.

(8) Für die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit Zahnersatz und Zahnkronen müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten.“

33. § 368 g wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 4 werden durch folgende Absätze 1 bis 6 ersetzt:

„(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“

(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung, Gesamtverträge für Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, werden von den kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundesverband oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist; die kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundesverbände und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.“

(3) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge).

(4) Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe bestimmen den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Sie sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis

der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(5) In den Gesamtverträgen ist auch zu vereinbaren, daß die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind.

(5a) Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung. Für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Innungen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinbarungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich. § 368 Abs. 6 Satz 3 und § 368 h gelten entsprechend.

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt auch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nach § 200 f. In den Verträgen ist sicherzustellen, daß bei der Vergütung die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden und die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde."

b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

34. In § 368 h Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „hat“ die Worte „, soweit es sich nicht um eine Vereinbarung nach § 368 g Abs. 4 handelt,“ eingefügt.

35. § 368 i wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 3 a wird eingefügt:

„(3a) In den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 wirken in den Schiedsämtern für die kassenzahnärztliche Versorgung Vertreter der Zahntechniker und Krankenkassen in gleicher Zahl stimmberechtigt mit; die Vertreter der Zahnärzte nehmen an den Sitzungen beratend teil. Die Vertreter der Zahntechniker und deren Stellvertreter werden für die Landesschiedsämtern von den Landesinnungsverbänden und für das Bundesschiedsamt von den Bundesorganisationen der Zahntechniker benannt. Die entsendenden Stellen treten für die Kostenverteilung an die Stelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Absatz 2 Satz 8, Absatz 3 Satz 3).“

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmantelverträge. Satz 1 gilt in den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 entsprechend.“

c) In Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 werden jeweils nach den Worten „Arbeit“ die Worte „und Sozialordnung“ eingefügt; in Absatz 7 wird nach dem letzten Satz der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„5. das Verfahren im einzelnen entsprechend der Regelung nach Absatz 4.“

d) Folgende Absätze 8, 9 und 10 werden angefügt:

„(8) Die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden je einen Bewertungsausschuß für die ärztlichen Leistungen und für die zahnärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellten Vertreter; für die weitere Zusammensetzung gelten § 525 c Abs. 2 Satz 3 sowie § 204 a Abs. 1 Satz 4 des Reichsknappschaftsgesetzes. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(9) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt Absatz 2 Sätze 2 bis 5 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt; für die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds gilt § 525 c Abs. 2 Satz 3.

(10) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. § 368 h Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

368 n wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Die Vereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenzahnärztlichen Leistungen vergütet. Satz 4 gilt entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der Allgemeinen Wehrpflicht.“

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Bezeichnung „Abs. 3“ durch die Bezeichnung „Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

c) Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an, wobei den Vorsitz jährlich wechselt ein Vertreter der Ärzte oder ein Vertreter der Krankenkassen führt, dessen Stimme bei Stimmgleichheit den Ausschlag gibt. Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren vor den Ausschüssen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Beschwerdeausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren finden § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes Anwendung. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.“

d) Absatz 6 wird gestrichen; die bisherigen Absätze 7 und 8 werden Absätze 6 und 7.

e) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassen-

ärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.“

37. § 368 p wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird.“

b) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, Verband- und Heilmittel, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen. Die Bundesausschüsse haben hierzu auch Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker anzuhören. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Absatz 2 Sätze 1 und 3 sowie Absatz 3 gelten entsprechend.“

38. In § 368 q Abs. 3 wird die Bezeichnung „Nr. 2 und 4“ gestrichen.

39. Die §§ 371 und 372 erhalten folgende Fassung:

§ 371

(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren, die sich gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben und mit denen ein Vertrag über die Erbringung von Krankenhauspflege geschlossen ist.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist und die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen. Die Ablehnung der Bereiterklärung des Krankenhauses oder die Auflösung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden.

(3) Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen.

§ 372

Die Landesverbände der Krankenkassen im Benehmen mit den Krankenkassen schließen mit den Krankenträgern Verträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspfl ege in den Vertragskrankenhäusern, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Mitwirkung der Vertrauensärzte, Mitteilungen, Berichte und Bescheinigungen, Beurlaubungen, Rechnungslegung und Zahlungstermine. Die Verträge können auch allgemeine Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen, die bei Krankenhauspfl ege (§§ 184, 184 a) erforderlich sind. Die Verträge wirken für und gegen alle Krankenkassen. Die Krankenträger können sich durch ihre Landesverbände vertreten lassen. § 371 Abs. 3 gilt entsprechend."

40. § 381 Abs. 4 wird gestrichen.

41. § 385 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) 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 11,7 vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Rentenbeiträge, vermindert um die Summe der Beitragszuschüsse nach § 1304 e, nach § 83 e des Angestelltenversicherungsgesetzes und nach § 95 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, der Beiträge nach § 63 Abs 3 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und der Erstattungen nach § 157 Abs. 4 des Arbeitsförderungsgesetzes."

b) Absatz 3 wird gestrichen.

42. § 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 so zu erhöhen, daß sie, die anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen."

43. § 393 a erhält folgende Fassung:

„§ 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 3 berechtigt sind."

44. § 393 b erhält folgende Fassung:

„§ 393 b

(1) Die durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten der Krankenkassen und Ersatzkassen werden von diesen als Finanzierungsanteil der Krankenversicherung gemeinsam getragen. Der Finanzierungsanteil ist mit den Beiträgen für die nicht in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten in einem Vohundert-satz des Grundlohns aufzubringen, der dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen aller Kassen für die in Satz 1 bezeichneten Versicherten zur Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen entspricht. Übersteigen die Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse oder Ersatzkasse den Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschießenden Beträge nach Satz 4. Übersteigt der Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, die Leistungsaufwendungen, so steht der überschießende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen. Für die Berechnung der Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen bleiben die in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten außer Betracht. Bei der Feststellung der Leistungsaufwendungen bleibt die Zahlung von Sterbegeld außer Betracht, soweit dieses die Regelleistung übersteigt.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vohundert-satz nach Absatz 1 Satz 2 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im Voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vohundert-satz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich auf sie entfallenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen und die Ersatzkassen diesen Vohundert-satz, die voraussichtlichen Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und die voraussichtliche Grundlohnsumme zugrunde; Absatz 1 Satz 5 gilt. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vohundert-satz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und

Rechnungsergebnissen der Krankenkassen und Ersatzkassen und der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen; sie sind nach Bekanntgabe des Vohundert-satzes nach Satz 4 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen."

45. Folgender § 393 c wird eingefügt:

„§ 393 c

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Ermittlung der Vohundert-sätze nach § 393 b, über die Berechnung und Zahlung der Beiträge auf die Krankenkassen und Ersatzkassen nach § 381 Abs. 2 entfallenden Beiträge, über die Durchführung des Verfahrens sowie über die hierfür von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Trägern der Rentenversicherung mitzuteilenden Angaben."

46. Der bisherige § 393 c wird § 393 d.

47. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 2 Satz 2" durch die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 3" ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:

"(2 a) Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen, deren Kassenbezirke innerhalb eines Landes liegen, für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller beteiligten Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet. Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die Leistungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten zur Summe der Grundlöhne im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind dabei zu mindern um die von Dritten zu erstattenden Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehrleistungen, für Zahnersatz und Zahnkronen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Für den Finanzausgleich erheben die Landesverbände von den beteiligten Mitgliedern eine Umlage. Die Satzung des Landesverbandes bestimmt das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs. Der Landesverband kann Feststellungen darüber treffen, auf welche Ursachen die Überschreitung des durchschnittlichen Bedarfssatzes zurückzuführen ist."

48. In § 478 Abs. 2 werden die Worte „von drei Wochen und die im § 195 a Abs. 7 bestimmte Frist von sechs Wochen" gestrichen.

49. In § 507 Abs. 4 wird nach der Bezeichnung „§§ 180 bis 181 b," die Bezeichnung „§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, §§" eingefügt.

50. Nach § 509 wird folgender § 509 a eingefügt:
„§ 509 a

Die Ersatzkassen können miteinander eine Umlage vereinbaren, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken."

51. § 514 Absätze 2 bis 4 erhalten folgende Fassung:

„(2) Die §§ 238, 257 a bis 257 d, 306 Abs. 2 bis 5, §§ 311, 312 Abs. 2 bis 6, § 313 Abs. 2 und 5, § 315 a bis 316, 317 Abs. 4 bis 6, §§ 318, 381 Abs. 2 und 3 Satz 2 und 3, §§ 381 a, 385 Abs. 2, 393 a bis 393 d gelten entsprechend.

(3) Für Mitglieder der Ersatzkasse, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze nicht übersteigt, gilt § 385 Abs. 1. Für Mitglieder, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze übersteigt, ist der Beitrag mindestens nach dem Betrag dieser Grenze zu bemessen.

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

52. § 515 wird gestrichen.

53. § 516 a wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angeführt:
„(2) § 319 a gilt."

54. § 525 c wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Für die Verträge der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung gelten § 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368 g sinngemäß; § 368 f Abs. 4 und 7 gelten mit der Maßgabe, daß an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen auch

die nach § 525 a gebildeten Verbände der Ersatzkassen mitzuwirken haben. Im übrigen nehmen die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben die Verbände der Ersatzkassen wahr; sie können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände handelt, diese auf eine im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen. § 368 i Abs. 8 bis 10 gelten mit der Maßgabe, daß die nach § 525 a gebildeten Verbände je zwei Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellen und ein unparteiisches Mitglied benennen."

- b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wird wie folgt geändert:
 - aa) Folgender Satz 1 wird eingefügt:
„Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372, Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“
 - bb) Der bisherige einzige Satz wird Satz 2.

55. § 1504 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Ist eine Krankheit die Folge eines Arbeitsunfalls, den der Träger der Unfallversicherung zu entschädigen hat, so hat dieser, wenn der Verletzte bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten mit Ausnahme des Sterbegeldes zu erstatten, die nach Ablauf des 18. Tages nach dem Arbeitsunfall entstehen. Ausgenommen sind die Kosten der Krankenpflege (§ 182 Abs. 1 Nr. 1). Die Kosten der Krankenhauspflege sind vom ersten Tag an zu erstatten.“

§ 2

Anderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822 — 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 2 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

§ 204 a wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
„Soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, gelten §§ 368 f und 368 g der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden

der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr; an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen nach § 368 f Abs. 4 und 7 der Reichsversicherungsordnung hat sie mitzuwirken. § 368 i Abs. 8 bis 10 der Reichsversicherungsordnung gelten mit der Maßgabe, daß die Bundesknappschaft je einen Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellt und gemeinsam mit den Bundesverbänden der Krankenkassen ein unparteiisches Mitglied benennt.“

- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsordnung entsprechend; die in diesen Vorschriften den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr.“

§ 3

Anderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 1 § 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

- 1. In § 3 Satz 2 Nr. 2 sind nach den Worten „des Reichsknappschaftsgesetzes“ die Worte „sowie für die in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom (BGBl. I S.)“ einzufügen.

- 2. § 4 Abs. 3 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntels des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden.“

- 3. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. Personen, für die der Anspruch auf Familienhilfe erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 Satz 2 vorliegen.“

- b) In Absatz 2 werden nach den Worten „Anspruchs auf Familienhilfe“ die Worte „oder nach dem Beginn ihrer Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Versicherten“ eingefügt.

4. § 11 erhält folgende Fassung:

„§ 11

Die Satzung kann

- 1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
 - b) einer Gefährdung der normalen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,
- 2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen.

In den Fällen der Nummer 1 Buchstabe a kann die Satzung die Übernahme der gesamten Kosten für Arbeitnehmer vorsehen.“

- 5. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Satzung entsprechend den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 368 p der Reichsversicherungsordnung eingeschränkt ist.“

- b) In Nummer 4 werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten“ gestrichen.

- 6. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln hat der Versicherte eine Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen, vor allem, wenn laufend Arznei-, Verband- und Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien.“

- 7. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch einen Betrag in Höhe eines Viertels der monatlichen Bezugsgröße je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. Sie kann dabei bestimmen, daß

a) der Betrag dann an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn die Behandlung abgebrochen wird, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, oder

b) die Zuzahlung laufend während der Behandlung zu zahlen und dem Versicherten zu erstatten ist, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.“

8. § 17 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächstreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“

9. Dem § 21 b Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden.“

10. § 22 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung.“

11. § 25 erhält folgende Fassung:

„§ 25

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie im Geltungsbereich dieses Gesetzes entbunden und die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 23) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden.“

12. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „und sich gewöhnlich im Inland aufhalten“ durch die Worte „sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet“ ersetzt.

b) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Tätigkeit als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht.“

c) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Satzung kann Leistungen der Familienhilfe auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet.“

13. § 33 Abs. 2 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„§ 14 gilt nicht für Kinder.“

14. Dem § 36 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Satzung regelt das Nähere. Sie hat dabei die Besonderheiten landwirtschaftlicher Betriebe und Haushalte zu berücksichtigen. Für Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grade werden keine Kosten der Haushaltshilfe erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.“

15. § 43 erhält folgende Fassung:

„§ 43

Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen überprüfen; die Krankenkasse kann den Versicherten und den behandelnden Arzt über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten.“

16. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

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

b) In Absatz 3 wird das Wort „versichert“ durch das Wort „versicherungspflichtig“ ersetzt.

17. Nach § 49 a wird folgender § 49 c eingefügt:

„§ 49 c

Personen, die Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberechte 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.“

18. § 63 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Zu den Aufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung und in § 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes bezeichneten Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 versichert sind, leisten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung Beiträge in Höhe des Betrages, den diese Personen nach § 1304 e der Reichsversicherungsordnung erhielten, wenn sie die dort genannten Voraussetzungen erfüllen würden. Die in Satz 1 bezeichneten Träger setzen den Betrag fest.“

19. § 65 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Worte „das Zweieinhalbfache“ durch die Worte „das Dreifache“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „einem Zwölftel der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch die Worte „dem Dreißigfachen des in § 180 Abs. 1 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Betrages“ ersetzt.

20. § 76 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten die §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsordnung; § 74 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.“

21. § 94 Abs. 4 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntels des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden.“

22. § 95 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Bezeichnung „§ 381 Abs. 4“ durch die Bezeichnung „§ 1304 e Abs. 1“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Artikel 2 § 28 a des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes, Artikel 2 § 27 a des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 4

Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze

Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze — KHG — vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch das Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nr. 4 werden nach den Worten „Leistungen des Krankenhauses“ der Punkt gestrichen und die Worte angefügt: „einschließlich vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung.“

2. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 3 werden durch folgende Absätze 1 bis 5 ersetzt:

„(1) Die Länder stellen im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen,

den Kommunalen Spitzenverbänden sowie den Ausschüssen des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Bedarfspläne und mehrjährigen Programme sind der Entwicklung anzupassen, die mehrjährigen Programme jährlich. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres stellen die Länder nach Anhörung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) auf. Ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 sowie § 10) anzugeben.

(2) Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme sind zu beachten:

1. die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung,
2. die Folgekosten,
3. die Möglichkeiten anderweitiger Unterbringung und Pflege außerhalb der Krankenhäuser,
4. die Bedarfspläne für die ambulante Versorgung und die sonstige gesundheitliche Versorgung,
5. die Einrichtungen und Planungen der stationären Versorgung in den Hochschulkliniken und in den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen,
6. die Möglichkeiten einer leistungsfähigen belegärztlichen Versorgung.

(3) Die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 abgestimmten allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes

System leistungsfähiger Krankenhäuser sind angemessen zu berücksichtigen.

(4) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel, den in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.

(5) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues sind die Kasernenärztlichen Vereinigungen sowie die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist."

b) Absatz 4 wird Absatz 6.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts und die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. Der Ausschuß hat die durch einzelne Beratungsergebnisse Betroffenen zu beteiligen.

(2) Dem Ausschuß obliegt neben der Beratung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zweckes dienen, insbesondere die Abstimmung über allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser, für die Gestaltung und Ermittlung der Pflegesätze, für eine wirtschaftliche Betriebsführung sowie hinsichtlich der sozialen Tragbarkeit der Pflegesätze. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen den Beteiligten abzustimmen. Der Ausschuß kann weiter zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben. Die Beratungsergebnisse des Beirats für Krankenhausfragen (§ 7 a) sind angemessen zu berücksichtigen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt im Benehmen mit den übrigen Mitgliedern die Geschäftsordnung; er hat den Vorsitz und führt die laufenden Geschäfte. In der Geschäftsordnung ist vorzusehen, daß der Ausschuß Sachverständige anhören kann."

b) Absatz 4 wird gestrichen.

Folgender § 7 a wird eingefügt:

„§ 7 a

Beirat für Krankenhausfragen

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Beirat für Krankenhausfragen gebildet, der den Ausschuß nach § 7 in Angelegenheiten der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, der Gestaltung der Pflegesätze und eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser berät. Der Beirat kann zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben.

(2) Dem Beirat gehören als Mitglieder an:

- 7 Vertreter der Krankenhausträger,
- 7 Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung,
- 3 Vertreter der Arbeitnehmer,
- 3 Vertreter der Arbeitgeber,
- 3 Vertreter der Ärzteschaft,
- 1 Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände,
- 1 Vertreter der privaten Krankenversicherung.

Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu berufen. Der Beirat kann weitere Sachverständige zuziehen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft

die Vertreter der Krankenhausträger auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen auf Vorschlag der Bundesverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,

die Vertreter der Ärzteschaft, von denen zwei hauptberuflich an einem Krankenhaus beschäftigte Ärzte sein müssen, auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern (Bundesärztekammer),

die Vertreter der Arbeitnehmer auf Vorschlag der Gewerkschaften, die für die Vertretung von Arbeitnehmerinteressen wesentliche Bedeutung haben,

die Vertreter der Arbeitgeber auf Vorschlag der Arbeitgeberverbände, die für die Vertretung

von Arbeitgeberinteressen wesentliche Bedeutung haben, den Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände auf Vorschlag der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, den Vertreter der privaten Krankenversicherung auf Vorschlag des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt die Geschäftsordnung des Beirates; er hat den Vorsitz und führt die laufenden Geschäfte."

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Durch Bedingungen und Auflagen nach Absatz 1 Satz 3 kann auch bestimmt werden, daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte zu erfüllen haben, wenn andernfalls Kapazitäten an Hochschulkliniken erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden. Die Förderung von ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes sowie die Erstattung der Aufwendungen für Forschung und Lehre bleiben hiervon unberührt."

b) Absatz 2 wird Absatz 3.

c) In dem neuen Absatz 3 werden in Satz 1 erster Halbsatz nach den Worten „betrieben werden“ das Komma gestrichen und die Worte „oder Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden,“ eingefügt sowie die Worte „von zehn Jahren“ durch die Worte „von acht Jahren“ ersetzt; Satz 1 zweiter Halbsatz erhält folgende Fassung: „dies gilt auch für Krankenhäuser, mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist und für Teile von Krankenhäusern entsprechend."

6. Nach § 11 wird folgender § 11 a eingefügt:

„§ 11 a
Beteiligung der Krankenhäuser an
Investitionskosten

Die geförderten Krankenhäuser bringen von den Förderbeträgen für Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 zehn vom Hundert, nach § 9 Abs. 3 und 4 und § 10 fünf vom Hundert selbst auf. Entsprechendes gilt für die Entgelte der Nutzung der Anlagegüter nach § 11. Die Förderbeträge sind entsprechend zu kürzen. Übersteigen die Einnahmen der Krankenhäuser aus Pflegesätzen und sonstigen Leistungen die Ausgaben, so ist der Überschub zunächst zur Finanzierung der Eigenbeteiligung an den Investitionskosten zu verwenden.“

7. § 13 Abs. 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Sind für die Anschaffung oder die Wiederbeschaffung eines Anlagegutes Fördermittel nach §§ 9 und 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch nach Satz 1, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind.“

8. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Absatz 2 findet keine Anwendung auf Krankenhäuser, die im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden. § 13 Abs. 1 bleibt unberührt.“

b) Die Absätze 3 und 4 werden Absätze 4 und 5. Im neuen Absatz 5 wird die Zahl „3“ durch die Zahl „4“ ersetzt.

9. § 16 erhält folgende Fassung:

„§ 16

Verordnungen zur Regelung der Pflegesätze und der Rechnungs- und Buchführungspflichten

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze

der Krankenhäuser, insbesondere auch über die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4 und das anzuwendende Verfahren nach §§ 18 und 18 a zu erlassen. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierung übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierung die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen kann.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, dem Bundesminister der Justiz, dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister des Innern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten auf der Grundlage der kaufmännischen doppelten Buchführung, insbesondere über einen einheitlichen Kontenrahmen, über die Kosten- und Leistungsrechnung und über den Jahresabschluß zu erlassen sowie vorzuschreiben, daß Kosten- und Investitionsplanungen aufzustellen sind.“

10. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 und 4 angefügt: „Die Pflegesätze gelten für die festgesetzte Laufzeit, soweit nichts anderes bestimmt wird. In den Pflegesätzen wird der Eigenanteil des Krankenhauses nach § 11 a zeitanteilig entsprechend der Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes, wie sie nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig ist, berücksichtigt.“

b) In Absatz 4 Nr. 1 werden das Komma gestrichen und folgende Worte angefügt: „sowie berücksichtigungsfähige Eigenanteile nach Absatz 1 Satz 4.“

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, sind § 11 a und Absatz 1 Satz 4 entsprechend anzuwenden.“

d) Absatz 5 wird Absatz 6.

§ 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgende Absätze 1 bis 7 ersetzt:

„(1) Die Pflegesätze werden zwischen den Krankenhausträgern und den gesetzlichen Krankenkassen unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande vereinbart. Vertragspartner sind neben dem betroffenen Krankenhausträger diejenigen Krankenkassen oder ihre Vereinigungen, die für die Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung voraussichtlich mehr als zehn vom Hundert der Pflegegebühren abrechnen. Die Krankenhausträger und die gesetzlichen Krankenkassen können sich bei der Vereinbarung der Pflegesätze durch ihre Verbände im Lande vertreten lassen.“

(2) Die Krankenhausträger haben den für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Selbstkostennachweis und auf Anforderung auch eine Bilanz sowie Gewinn- und Verlustrechnung vorzulegen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen können vereinbaren, welche weiteren Unterlagen beizubringen sind.

Leine

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wirken zusammen, damit eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Krankenhausversorgung im Rahmen eines Systems leistungsfähiger und sparsam wirtschaftender Krankenhäuser gewährleistet wird. Sie sind verpflichtet, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Beirates nach § 7 a und von Beratungsergebnissen des Ausschusses nach § 7 gemeinsam Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbetriebe, insbesondere Orientierungsdaten für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen. Bei der Ermittlung und Anpassung dieser Orientierungsdaten sind die gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung sowie die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Art und Anzahl der Krankheitsfälle zu beachten. Die Spitzenorganisationen weiterer wesentlich betroffener Sozialleistungsträger, die Gewerkschaften und Berufsverbände der Krankenhausberufe sowie der Verband der privaten Krankenversicherung sind anzuhören. Die Maßstäbe und Orientierungsdaten sind bei den Pflegesatzvereinbarungen unter Beachtung von Besonderheiten der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur angemessen zu berücksichtigen.“

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande, so entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde (§ 18 a). Die Schiedsstelle setzt unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, die Pflegesätze fest. Diese Festsetzung hat die Rechtswirkung einer Vereinbarung im Sinne des § 18 Abs. 1. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht die Schiedsstelle eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

(5) Kündigt eine Vertragspartei die Vereinbarung, so hat sie gleichzeitig die Kündigung der zuständigen Schiedsstelle schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf einer Vereinbarung eine neue Vereinbarung nicht zustande, so hat die Schiedsstelle die Pflegesätze unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, festzusetzen. Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung vorläufig weiter.

(6) Vor Erhebung einer Klage, die eine Entscheidung der Schiedsstelle nach den Absätzen 4 und 5 zum Gegenstand hat, ist ein Vorverfahren nicht erforderlich.

(7) Macht ein Kläger, der nicht Vertragspartei der Vereinbarung nach Absatz 1 ist, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Die Klage ist gegen den Krankenhausträger und diejenigen Krankenkassen zu richten, welche die Vereinbarung geschlossen haben. Eines Vorverfahrens bedarf es nicht.“

b) Absatz 2 wird Absatz 8.

12. Nach § 18 wird folgender § 18 a eingefügt:

„§ 18 a
Schiedsstelle

(1) Die zuständige Landesbehörde bildet eine Schiedsstelle. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß neben oder anstelle der Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde für ein Land mehrere Schiedsstellen auf regionaler Ebene gebildet werden; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(2) Die Schiedsstellen setzen sich zusammen aus einem Vorsitzenden, sieben Vertretern der Krankenhäuser und sieben Vertretern der Kran-

blatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-13, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536), wird wie folgt geändert:

Artikel 2

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

(1) Wer wegen des Inkrafttretens dieses Gesetzes nicht mehr nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert ist oder wer bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, solange er eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten bezieht.

(2) Wer vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes deswegen nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert war, weil er die in § 165 Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt hat, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, sobald er die Voraussetzungen nach dem vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Recht erfüllt.

§ 2

Personen, die bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen, gelten bis zu dem in § 315 a Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Zeitpunkt als Mitglieder, wenn sie nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Voraussetzungen des § 315 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht mehr erfüllen. § 315 b der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

§ 3

(1) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 oder § 315 a der Reichsversicherungsordnung 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 Landabgabe 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.

a) In Satz 2 werden nach dem Wort „wohnen“ die Worte „oder beschäftigt sein“ eingefügt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:

„Unbeschadet der Sätze 1 bis 5 gehören die in § 165 Abs. 1 Nr. 2 a und in § 176 c der Reichsversicherungsordnung sowie die in § 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen bezeichneten Personen zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen. Die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 Versicherten gehören zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder der Ersatzkassen hätten sein können.“

§ 6

Änderung von örtlichen Zuständigkeiten landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften

(1) Im Land Bayern ist örtlich zuständig

1. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Oberfranken und Mittelfranken für das Gebiet der Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken,
2. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Niederbayern-Oberpfalz für das Gebiet der Regierungsbezirke Niederbayern und Oberpfalz,
3. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Unterfranken für das Gebiet des Regierungsbezirks Unterfranken,
4. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Schwaben für das Gebiet des Regierungsbezirks Schwaben,
5. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Oberbayern für das Gebiet des Regierungsbezirks Oberbayern.

(2) Im Land Rheinland-Pfalz ist örtlich zuständig

1. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Rheinhessen-Pfalz für den Regierungsbezirk Rheinhessen-Pfalz,
2. die Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den Regierungsbezirk Trier und den Regierungsbezirk Koblenz mit Ausnahme des Landkreises Westerwald und des Rhein-Lahn-Kreises,
3. die Hessen-Nassauische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den Landkreis Westerwald und den Rhein-Lahn-Kreis.“

(3) Für die in den Absätzen 1 und 2 genannten Verwaltungseinheiten der Länder gelten die Grenzen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes durch Landesrecht bestimmt sind.

16. In § 27 Nr. 4 werden nach den Worten „zugrunde zu legen ist“ die Worte „welche Wirtschaftsgüter den einzelnen Arten von Wirtschaftsgütern und welche Kosten der Instandhaltung und der Instandsetzung oder der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterung) zuzuordnen sind,“ eingefügt.

17. Nach § 29 wird folgender § 29 a eingefügt:

„§ 29 a

Sonstige Zuständigkeitsregelungen

Die in diesem Gesetz den Bundes- und Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die knappschäftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft, für die landwirtschaftlichen Krankenkassen der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und für die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen (§ 525 a der Reichsversicherungsordnung) wahr. Die Verbände der Ersatzkassen können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf eine für das Land gebildete Arbeitsgemeinschaft oder auf eine Ersatzkasse übertragen. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf die landwirtschaftliche Krankenkasse übertragen, in deren Bezirk die Krankenhausgesellschaft ihren Sitz hat. Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen.“

§ 5

Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung)

Artikel 2 § 4 Abs. 1 der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetz-

kenkassen. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande. Die Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser werden jeweils von der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande benannt. Dieses gilt auch für die Benennung von Stellvertretern. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden und bestellt die Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen, sofern nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch die zuständige Landesbehörde das Benehmen über den Vorsitzenden herbeigeführt wird oder die Krankenhausgesellschaft oder die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande die erforderlichen Vertreter benennen.

(3) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Das Nähere wird durch Rechtsverordnung nach § 16 geregelt.“

13. In § 20 werden die Worte „§ 17 Abs. 5“ durch die Worte „§ 17 Abs. 5 und 6“ ersetzt.

14. In § 22 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „1978 290 Millionen DM und 1979 213 Millionen DM“ durch die Worte „1978 263 Millionen DM und 1979 193 Millionen DM“ ersetzt.

15. In § 23 Abs. 2 wird das Wort „Unterversorgung“ durch die Worte „Unter- oder Überversorgung“ ersetzt.

§ 4

(1) Versicherte haben keinen Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes, wenn sie vor Inkrafttreten dieses Gesetzes entbunden haben.

(2) Versicherte haben bis zum Ende des neunten auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes nicht erfüllt sind.

(3) Absätze 1 und 2 gelten auch für Ansprüche nach § 205 a der Reichsversicherungsordnung.

§ 5

(1) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 zu treffen; hierbei ist von der Höhe der Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen im Jahre 1977 auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die bestehenden Vergütungsregelungen fort.

(2) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Arzneimittel im Jahre 1977 zu treffen.

§ 6

Leistungen nach § 205 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 32 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des Artikels 1 § 1 Nr. 17 Buchstaben a oder b oder § 3 Nr. 12 Buchstaben a oder b Ansprüche nicht mehr bestehen, sind für eingeschriebene Studenten der staatlichen und der staatlich anerkannten Fachhochschulen bis zum 31. August 1977 und für eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen bis zum 30. September 1977 zu gewähren.

§ 7

Die in § 187 Nr. 1 Buchstabe b der Reichsversicherungsordnung und in § 11 Nr. 1 Buchstabe b des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte genannten Leistungen werden bis zum 1. Januar 1978 nach den Voraussetzungen erbracht, die nach dem vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Rechtsvorschriften zu erfüllen waren.

§ 8

Die Bewertungsmaßstäbe nach § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig bis zum 1. Juli 1978 aufzustellen; hierbei ist insbesondere von der für die Ersatzkassenpraxis vereinbarten Gebührenordnung (E-Adgo) auszugehen. Bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt gelten die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Vergütungsregelungen fort.

§ 9

(1) Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge, die eine dem § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung entsprechende Versorgung sicherstellen, bleiben unberührt. Sind solche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anstelle der bisherigen Vertragspartner in diese Verträge einzutreten. Ist in den in Sätzen 1 und 2 genannten Verträgen eine höhere als die in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Vergütung vereinbart, so gilt eine solche Vereinbarung unbeschadet der Laufzeit der Verträge so lange fort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweils der Höhe der in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Vergütung entspricht.

(2) § 368 n Abs. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung gilt für bei Inkrafttreten dieses Gesetzes anhängige Prüfungs- und Beschwerdeverfahren bis zu deren Abschluß fort.

§ 10

Richtlinien nach § 368 p Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen.

§ 11

(1) Die nach § 381 Abs. 2 und § 514 Abs. 2 in Verbindung mit § 381 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung für die Monate Juli bis Dezember 1977 zu leistenden Beiträge sind vor Inkrafttreten nach Absatz 2 zu bemessen.

(2) § 385 Abs. 2 und 3 der Reichsversicherungsordnung gilt in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung mit folgenden Änderungen:

- a) In § 385 Abs. 3 Satz 1 wird das Wort „zwanzig“ durch das Wort „fünfzig“ ersetzt.
- b) Dem § 385 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Übersteigt der Kürzungsbetrag danach den durchschnittlichen Grundlohn, so ist der Beitrag nach dem übersteigenden Betrag zu bemessen.“

Dieser Beitrag steht den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, bei denen der durchschnittliche Grundlohn den Kürzungsbetrag übersteigt; er ist an den Träger der Rentenversicherung abzuführen. Sind bei der Krankenkasse oder Ersatzkasse keine in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen versichert, tritt bei der Beitragsberechnung an deren Stelle die Zahl 1.*

(3) Die nach Absatz 2 geleisteten Beiträge sind entsprechend § 393 b der Reichsversicherungsordnung auszugleichen. § 393 c der Reichsversicherungsordnung gilt; in der Rechtsverordnung ist festzusetzen, welcher Anteil der Leistungsaufwendungen für das Geschäftsjahr 1977 auf die Monate Juli bis Dezember 1977 entfällt.

§ 12

Für die Jahre 1971 bis Juni 1977 verbleibt es bei den nach § 385 Abs. 2 und 3 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung zu leistenden Beiträgen; § 393 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung ist insoweit nicht mehr anzuwenden.

§ 13

(1) Für Krankenhäuser, die einen Ausgleich nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung erhalten, gilt § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung.

(2) Die in Artikel 1 § 4 Nr. 6 dieses Gesetzes vorgeschriebene Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten und den Entgelten der Nutzung der Anlagegüter sowie die entsprechende Minderung der Fördermittel gilt für Investitionen und Nutzungskosten, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Kürzung der im Pflegesatz anrechenbaren Selbstkosten nach Artikel 1 § 4 Nr. 10 Buchstabe b sowie die Kürzung der Selbstkosten bei nicht geförderten Krankenhäusern nach Artikel 1 § 4 Nr. 10 Buchstabe c dieses Gesetzes.

(3) Die Vorschriften der geltenden Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April 1973 — Bundespflegesatzverordnung — (BGBl. I S. 333) sind weiter anzuwenden, bis sie durch eine Rechtsverordnung nach § 16 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze außer Kraft gesetzt werden.

§ 14

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten außer Kraft:

1. Erlass des Reichsarbeitsministers betreffend Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherungspflicht vom 27. Juli 1943 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Anhang zur Gliederungsnummer 820—1 veröffentlichten Fassung (BGBl. III S. 175).
2. Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillige Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 26. Oktober 1962 (BGBl. 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 (BGBl. I S. 1324).
3. § 2 Abs. 2 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4-1, veröffentlichten Fassung.

§ 15

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, den Wortlaut des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze 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 auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 17

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Juli 1977 in Kraft.

(2) Artikel 1 § 1 Nr. 10 und 39, § 3 Nr. 8, 19 und 20, § 4 Nr. 1 bis 7 und 10 bis 17, § 6 und Artikel 2 § 13 treten am 1. Januar 1978 in Kraft.

13.05.77

Beschluß

des Deutschen Bundestages

zum

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur
Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 27. Sitzung am 13. Mai 1977 zu dem von ihm verabschiedeten Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG) - Drucksachen 8/166, 8/173, 8/338 - den nachstehenden Entschließungsantrag auf Drucksache 8/338 angenommen:

Die Bundesregierung zu ersuchen,

- a) im Zusammenwirken mit den Ländern Vorschläge für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Pflege und Betreuung kranker Menschen durch geeignete Einrichtungen und Dienste, z. B. Sozialstationen, zu machen. Hierbei soll insbesondere der planvolle und verstärkte Ausbau von Einrichtungen und Diensten unter Einbeziehung der von der Krankenversicherung zu leistenden häuslichen Krankenpflege gefördert werden, die geeignet sind, medizinisch nicht erforderliche Inanspruchnahme von Krankenhäusern zu vermeiden. Eine zusätzliche Belastung der Beitragzahler der gesetzlichen Krankenversicherung darf hierdurch nicht entstehen. Die zu treffenden Maßnahmen sollen sowohl eine Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Betreuung der Bevölkerung herbeiführen als auch langfristig zu einer Kostentlastung der Träger der Krankenversicherung beitragen;
- b) zu prüfen, ob zwischen praxiseigenen zahntechnischen Labors und gewerblichen zahntechnischen Labors Wettbewerbsverzerrungen bestehen, und Vorschläge zu machen, wie diese beseitigt werden können.