

29. 04. 88

AS - Fz - G - In - K - R - Wi

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

A. Zielsetzung

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesundheits-Reformgesetzes löst die Bundesregierung ihre Ankündigung aus der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 18. März 1987 ein, eine umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen unverzüglich einzuleiten.

Die Reform des Gesundheitswesens ist eine vordringliche Aufgabe der Sozialpolitik und eines der bedeutendsten Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode.

Mit der Reform sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität).

Die Bundesregierung hält eine weitere Steigerung der heute im Durchschnitt bei 13 v. H. liegenden Beitragssätze der Krankenkassen für wirtschafts- und sozialpolitisch nicht vertretbar. Eine Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung ist unausweichlich. Nur so kann das hohe Niveau unseres Gesundheitswesens auf Dauer gewährleistet werden.

Die Reform soll sich an folgenden Zielvorstellungen orientieren:

1. Die Solidarität der sozialen Krankenversicherung wird neu bestimmt; die Leistungen der Krankenversicherung werden auf das medizinisch Notwendige beschränkt, Versorgungsdefizite werden ausgeglichen, zur häuslichen Pflege leistet die Krankenversicherung einen Beitrag.

Fristablauf: 10. 06. 88

2. Die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit wird gestärkt, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung werden aufgewertet.
3. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird erhöht.
4. Die Strukturen der Krankenversicherung werden modernisiert.
5. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wird neu kodifiziert, um es für die Bürger verständlicher zu machen.

B. Lösung

1. Neubestimmung der Solidarität

- a) Zur Begrenzung der Leistungen der Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige werden folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Das Sterbegeld entfällt. Für die Jahrgänge 1938 und älter gibt es eine Übergangsregelung.
- Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden — als Leistung der Krankenkasse — Festbeträge festgesetzt. Unwirtschaftliche Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden nicht von den Krankenkassen übernommen.
- Beim Zahnersatz wird die Kostenerstattung auf 50 v. H. begrenzt und der Selbstverwaltung aufgegeben, diese Leistung durch differenzierte Zuschußgruppen (z. B. von 40 v. H., 50 v. H. und 60 v. H.) zu ersetzen.
- Der Zuschuß der Krankenkassen zu offenen Badekuren wird auf höchstens 15 DM täglich begrenzt.
- Die Übernahme von Fahrkosten wird eingeschränkt.

- b) Zum Abbau von Versorgungsdefiziten werden die Leistungen wie folgt verbessert:

- Die Leistungen zur häuslichen Pflege von Schwerpflegebedürftigen werden ausgebaut. Dies ist der Beitrag der GKV zur Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit.
- Die Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankheitsvorbeugung und Früherkennung sowie die Rahmenbedingungen für die Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge werden verbessert.

2. Stärkung der Eigenverantwortung

- Beim Zahnersatz wird als Belohnung für regelmäßige Individualprophylaxe eine Bonus-Regelung eingeführt.
- Die Kassen erhalten — zunächst als Probelauf — die Möglichkeit, eine Beitragsrückgewähr vorzusehen.
- Die Zuzahlungen und die Härteklauseln werden neu gestaltet.

3. Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

- Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für die Vergütung aller Leistungserbringer.
- Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden verbessert und durch Stichprobenprüfungen ergänzt.
- Zur Erhöhung der Transparenz von Kosten und Leistungen wird das Abrechnungsverfahren modernisiert. Hierbei wird der notwendige Datenschutz, der bei gesundheitlichen Daten von besonderer Bedeutung ist, sichergestellt.
- Im Krankenhausbereich werden die Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbessert.
- Der Vertrauensärztliche Dienst wird neu geordnet und zu einem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung umgestaltet, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern und Leistungsmissbrauch vorzubeugen.

4. Einstieg in die Organisationsreform

- Unterschiede im Beitrags- und Leistungsrecht werden beseitigt.
- Die Möglichkeiten der Krankenkassen werden verbessert, auf regionaler Ebene Beitragssatzunterschiede auszugleichen.
- Die Versicherungspflichtgrenze wird auch für Arbeiter eingeführt.

5. Kodifikation

Das Recht der Krankenversicherung wird insgesamt neu kodifiziert und als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingefügt.

C. Alternativen

keine

Ein Verzicht auf eine Strukturreform würde in wenigen Jahren zu nicht mehr vertretbaren Beitragssätzen und damit zur Unfinanzierbarkeit der GKV führen.

D. Finanzielle Auswirkungen

Das Gesundheits-Reformgesetz führt im Jahre 1992, wenn alle Maßnahmen voll wirksam geworden sind, zu Einsparungen bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rd. 14,1 Mrd. DM.

Die Versicherten werden durch Wegfall von Zuzahlungen in Höhe von rd. 0,74 Mrd. DM entlastet.

Für neue Leistungen werden rd. 7,1 Mrd. DM eingesetzt. Für mögliche Beitragssatzsenkungen stehen rd. 6,2 Mrd. DM zur Verfügung.

Einzelheiten sind aus der Übersicht in Teil C. der Begründung ersichtlich.

Für die Haushalte der Gebietskörperschaften ist die Strukturreform im Ergebnis kostenneutral.

Bundesrat

Drucksache 200/88

29. 04. 88

AS – Fz – G – In – K – R – Wi

**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz – GRG)**

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
121 (311) – 811 00 – Kr 94/88

Bonn, den 29. April 1988

An den Herrn
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.²

Kohl

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG)

Inhaltsübersicht	§§	Seite
Erster Teil	Ergänzung und Änderung des Sozialgesetzbuchs	10
Artikel 1	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung	10
<i>Erstes Kapitel</i>	<i>Allgemeine Vorschriften</i>	1 bis 4 10
<i>Zweites Kapitel</i>	<i>Versicherter Personenkreis</i>	10
Erster Abschnitt	Versicherung kraft Gesetzes	5 bis 8 10
Zweiter Abschnitt	Versicherungsberechtigung	9 13
Dritter Abschnitt	Versicherung der Familienangehörigen ..	10 13
<i>Drittes Kapitel</i>	<i>Leistungen der Krankenversicherung</i>	14
Erster Abschnitt	Übersicht über die Leistungen	11 14
Zweiter Abschnitt	Gemeinsame Vorschriften	12 bis 19 14
Dritter Abschnitt	Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten	20 bis 24 15
Vierter Abschnitt	Leistungen zur Früherkennung von Krank- heiten	25 und 26 16
Fünfter Abschnitt	Leistungen bei Krankheit	17
Erster Titel	Krankenbehandlung	27 bis 42 17
Zweiter Titel	Krankengeld	43 bis 50 22
Dritter Titel	Leistungsbeschränkungen	51 24
Sechster Abschnitt	Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit	52 bis 56 24
Siebter Abschnitt	Leistungen bei Schwangerschaft und Mut- terschaft	55 bis 64 25
Achter Abschnitt	Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft	65 bis 67 26
Neunter Abschnitt	Fahrkosten	68 26
Zehnter Abschnitt	Härtefälle	69 und 70 27
Elfter Abschnitt	Erprobungsregelungen	71 bis 76 27
<i>Viertes Kapitel</i>	<i>Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern</i>	28
Erster Abschnitt	Allgemeine Grundsätze	77 bis 79 28
Zweiter Abschnitt	Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten .	29
Erster Titel	Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung	82 bis 84 29
Zweiter Titel	Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen	85 bis 89 31
Dritter Titel	Verträge auf Bundes- und Landesebene .	90 bis 95 32
Vierter Titel	Zahntechnische Leistungen	96 34
Fünfter Titel	Schiedswesen	97 34

	§§	Seite
Sechster Titel	Landesausschüsse und Bundesausschüsse	98 bis 102 35
Siebter Titel	Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung	103 bis 106 36
Achter Titel	Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung	107 bis 113 38
Neunter Titel	Wirtschaftlichkeitsprüfung	114 40
Dritter Abschnitt	Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen	115 bis 122 41
Vierter Abschnitt	Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten	123 bis 132 44
Fünfter Abschnitt	Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln	133 und 134 46
Sechster Abschnitt	Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln	135 bis 137 47
Siebter Abschnitt	Beziehungen zu Apotheken und Arzneimittelherstellern	138 bis 140 47
Achter Abschnitt	Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	141 bis 143 48
Neunter Abschnitt	Sicherung der Qualität der Leistungserbringung	144 bis 148 49
Zehnter Abschnitt	Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ..	149 50
<i>Fünftes Kapitel</i>	<i>Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen</i>	150 und 151 50
<i>Sechstes Kapitel</i>	<i>Organisation der Krankenkassen</i>	50
Erster Abschnitt	Arten der Krankenkassen	50
Erster Titel	Ortskrankenkassen	152 bis 155 50
Zweiter Titel	Betriebskrankenkassen	156 bis 165 51
Dritter Titel	Innungskrankenkassen	166 bis 173 53
Vierter Titel	See-Krankenkasse	174 54
Fünfter Titel	Landwirtschaftliche Krankenkassen	175 54
Sechster Titel	Bundesknappschaft	176 55
Siebter Titel	Ersatzkassen	177 bis 180 55
Achter Titel	Anhörung bei organisatorischen Änderungen	181 55
Zweiter Abschnitt	Zuständigkeit und Wahlrechte	55
Erster Titel	Zuständigkeit der Krankenkassen	182 bis 191 55
Zweiter Titel	Wahlrechte der Mitglieder	192 bis 194 57
Dritter Abschnitt	Mitgliedschaft und Verfassung	58
Erster Titel	Mitgliedschaft	195 bis 202 58
Zweiter Titel	Satzung, Organe	203 bis 206 60
Vierter Abschnitt	Meldungen	207 bis 215 60
<i>Siebtes Kapitel</i>	<i>Verbände der Krankenkassen</i>	216 bis 228 62
<i>Achtes Kapitel</i>	<i>Finanzierung</i>	65
Erster Abschnitt	Beiträge	65
Erster Titel	Aufbringung der Mittel	229 bis 234 65
Zweiter Titel	Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder	235 bis 249 66
Dritter Titel	Beitragssätze	250 bis 257 69
Vierter Titel	Tragung der Beiträge	258 bis 260 71
Fünfter Titel	Zahlung der Beiträge	261 bis 265 71

	§§	Seite
Zweiter Abschnitt	Beitragszuschüsse	266 und 267 72
Dritter Abschnitt	Verwendung und Verwaltung der Mittel	268 bis 273 73
Vierter Abschnitt	Finanzausgleiche	74
Erster Titel	Finanzausgleiche innerhalb einer Krankenkassenart	274 bis 276 74
Zweiter Titel	Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner	277 bis 282 75
<i>Neuntes Kapitel</i>	<i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</i>	<i>77</i>
Erster Abschnitt	Aufgaben	283 bis 285 77
Zweiter Abschnitt	Organisation	286 bis 291 77
<i>Zehntes Kapitel</i>	<i>Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten</i>	<i>79</i>
Erster Abschnitt	Informationsgrundlagen der Krankenkassen	292 bis 301 79
Zweiter Abschnitt	Weitergabe von Leistungsdaten	302 bis 309 80
Dritter Abschnitt	Datenschutz und Datenverwendung	310 bis 312 82
<i>Elftes Kapitel</i>	<i>Bußgeldvorschriften</i>	<i>313 und 314 82</i>
Artikel 2	Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch	83
Artikel 3	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	84
Artikel 4	Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch	84
Zweiter Teil	Änderung weiterer Gesetze	85
Artikel 5	Reichsversicherungsordnung	85
Artikel 6	Angestelltenversicherungsgesetz	87
Artikel 7	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte	88
Artikel 8	Reichsknappschaftsgesetz	101
Artikel 9	Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter	102
Artikel 10	Künstlersozialversicherungsgesetz	102
Artikel 11	Handwerkerversicherungsgesetz	103
Artikel 12	Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung	103
Artikel 13	Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz	103
Artikel 14	Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz	103
Artikel 15	Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz	104
Artikel 16	Gesetz über Kassenarztrecht	104
Artikel 17	Zulassungsordnung für Kassenärzte	104
Artikel 18	Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte	106
Artikel 19	Schiedsamsordnung	109
Artikel 20	KV-Pauschalbeitragsverordnung	109

		Seite
Artikel 21	Krankenhausfinanzierungsgesetz	110
Artikel 22	Apothekenbetriebsordnung	111
Artikel 23	Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung	111
Artikel 24	Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) ..	111
Artikel 25	Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin	112
Artikel 26	Sozialversicherungs-Angleichungsgesetz Saar	112
Artikel 27	Selbstverwaltungsgesetz	112
Artikel 28	Siebentes Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes	112
Artikel 29	Sozialgerichtsgesetz	112
Artikel 30	Bundesausbildungsförderungsgesetz	112
Artikel 31	Arbeitsförderungsgesetz	113
Artikel 32	Vorruhestandsgesetz	116
Artikel 33	Arbeits sicherstellungsgesetz	116
Artikel 34	Bundeserziehungsgeldgesetz	116
Artikel 35	Bundesversorgungsgesetz	117
Artikel 36	Bundesvertriebenengesetz	119
Artikel 37	Heimkehrergesetz	120
Artikel 38	Häftlingshilfegesetz	120
Artikel 39	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation	120
Artikel 40	Bundessozialhilfegesetz	121
Artikel 41	Soldatenversorgungsgesetz	121
Artikel 42	Zivildienstgesetz	121
Artikel 43	Bundesärzteordnung	121
Artikel 44	Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung	121
Artikel 45	Approbationsordnung für Ärzte	121
Artikel 46	Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte	122
Artikel 47	Zweites Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern	122
Artikel 48	Strafvollzugsgesetz	122
Artikel 49	Mutterschutzgesetz	124
Artikel 50	Seemannsgesetz	124
Artikel 51	Lohnfortzahlungsgesetz	125
Artikel 52	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang	125
Dritter Teil	Überleitungs- und Schlußvorschriften ...	125
<i>Erster Abschnitt</i>	<i>Überleitungsvorschriften</i>	<i>125</i>
Artikel 53	Krankenversicherung der Rentner und der Studenten	125
Artikel 54	Freiwillige Versicherung	126

		Seite
Artikel 55	Versorgung mit Zahnersatz	126
Artikel 56	Sterbegeld	126
Artikel 57	Leistungsausschluß für Familienversicherte	126
Artikel 58	Kostenerstattung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	126
Artikel 59	Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen	127
Artikel 60	Umwandlung von Beteiligungen in Ermächtigungen	127
Artikel 61	Vertragsärzte	127
Artikel 62	Medizinisch-technische Großgeräte	127
Artikel 63	Dienstordnung	127
Artikel 64	Landesverband der Ortskrankenkassen Hamburg	127
Artikel 65	Regionale Kassenverbände	127
Artikel 66	Rücklagenbildung bei der Bundesknappschaft	128
Artikel 67	Vertrauensärztliche Dienste bei den Landesversicherungsanstalten	128
Artikel 68	Fortführung des Institutionskennzeichens	128
Zweiter Abschnitt	<i>Schlußvorschriften</i>	128
Artikel 69	Berlin-Klausel	128
Artikel 70	Inkrafttreten, Außerkrafttreten	128

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

ERSTER TEIL

Ergänzung und Änderung des Sozialgesetzbuchs

Artikel 1

Sozialgesetzbuch (SGB)

FÜNFTES BUCH (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

ERSTES KAPITEL

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 2

Leistungen

(1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 3

Solidarische Finanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 4

Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

(2) Die Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert:

Allgemeine Ortskrankenkassen,
Betriebskrankenkassen,
Innungskrankenkassen,
die See-Krankenkasse,
Landwirtschaftliche Krankenkassen,
die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung,
Ersatzkassen.

(3) Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.

(4) Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren.

ZWEITES KAPITEL

Versicherter Personenkreis

ERSTER ABSCHNITT

Versicherung kraft Gesetzes

§ 5

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

2. Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dessen näherer Bestimmung,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungsweges, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie bei Renten Antragstellung versichert sind und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Ren-

tenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs verlegt haben.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 vor.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist.

(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.

§ 6

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung (Jahresarbeitsentgeltgrenze) übersteigt, dies gilt nicht für Seeleute; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von § 7 versicherungsfreien, oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Bei rückwirkender Erhöhung des Entgelts endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(4) Die Satzung der Bundesknappschaft kann die Versicherungspflicht auf Beschäftigte erstrecken, deren Jahresarbeitsentgelt den nach Absatz 1 Nr. 1 festgesetzten Betrag übersteigt, wenn die Bundesknappschaft für die Versicherung zuständig ist.

§ 7

Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

Wer eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres.

§ 8

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes während des Erziehungsurlaubs; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Zeit des Erziehungsurlaubs,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,

7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für Behinderte (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

ZWEITER ABSCHNITT Versicherungsberechtigung

§ 9

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens sechs Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 198 werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind,
4. Schwerbehinderte im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs endete, wenn sie innerhalb eines Monats nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes,

5. im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 nach Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs.

DRITTER ABSCHNITT

Versicherung der Familienangehörigen

§ 10

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind oder
5. keine Einnahmen zum Lebensunterhalt haben, die regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreiten.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und seine Einnahmen zum Lebensunterhalt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigen und regelmäßig höher als die Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds sind.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der An-

nahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

DRITTES KAPITEL

Leistungen der Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Übersicht über die Leistungen

§ 11

Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. zur Förderung der Gesundheit (§ 20),
2. zur Verhütung von Krankheiten (§§ 21 bis 24),
3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 51),
5. bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 52 bis 56),
6. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 57 bis 64),
7. zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft (§§ 65 bis 67).

(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

(3) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

ZWEITER ABSCHNITT

Gemeinsame Vorschriften

§ 12

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

§ 13

Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch vorsieht.

(2) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

§ 14

Teilkostenerstattung

(1) Die Satzung kann für Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung nach § 351 der Reichsversicherungsordnung gilt, und für Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind, bestimmen, daß an die Stelle der nach diesem Buch vorgesehenen Leistungen ein Anspruch auf Teilkostenerstattung tritt. Sie hat die Höhe des Erstattungsanspruchs in Hundertsätzen festzulegen und das Nähere über die Durchführung des Erstattungsverfahrens zu regeln.

(2) Die in Absatz 1 genannten Versicherten können sich jeweils im voraus für die Dauer von zwei Jahren für die Teilkostenerstattung nach Absatz 1 entscheiden. Die Entscheidung wirkt auch für ihre nach § 10 versicherten Angehörigen.

§ 15

Krankenschein, Berechtigungsschein

(1) Vor der Inanspruchnahme von ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung haben Versicherte dem Arzt oder Zahnarzt einen Krankenschein auszuhändigen.

(2) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

(3) In dringenden Fällen kann der Kranken- oder Berechtigungsschein nachgereicht werden.

§ 16

Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen mit Ausnahme des Mutterschaftsgeldes ruht, solange Versicherte

1. sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,

2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht leisten,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126 a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks aufhalten.

(5) Absatz 1 gilt nicht bei Krankheit, wenn der Versicherungsfall auf den Transitstrecken von und nach dem Land Berlin eingetreten ist.

§ 17

Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks

(1) Mitglieder, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken, erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber.

(2) Die Krankenkasse hat dem Arbeitgeber die ihm nach Absatz 1 entstandenen Kosten bis zu der Höhe zu erstatten, in der sie ihr im Geltungsbereich dieses Gesetzbooks entstanden wären.

(3) Die See-Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 48 Abs. 2 des Seemannsgesetzes entstanden sind.

§ 18

Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbooks

(1) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbe-

reichs dieses Gesetzbooks möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Medizinische Dienst (§ 283) hat vor Behandlungsbeginn die erforderlichen Feststellungen zu treffen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.

§ 19

Erlöschen des Leistungsanspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbook nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

(3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.

DRITTER ABSCHNITT

Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten

§ 20

Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

(2) Die Krankenkasse hat in der Satzung Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten vorzusehen und Art und Umfang dieser Leistungen zu bestimmen.

(3) Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit den dafür zuständigen Stellen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und mit auf diesem Gebiet bereits tätigen und erfahrenen Ärzten eng zusammenarbeiten.

(4) Aufgaben anderer Stellen bei der Gesundheitsförderung bleiben unberührt.

§ 21

**Verhütung von Zahnerkrankungen
(Gruppenprophylaxe)**

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

(2) Die Krankenkassen dürfen bei Maßnahmen nach Absatz 1 personenbezogene Angaben über den Versicherten weder erfassen noch offenbaren.

§ 22

**Verhütung von Zahnerkrankungen
(Individualprophylaxe)**

(1) Versicherte, die das vierzehnte, aber noch nicht das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.

(2) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen beschließt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der Untersuchungen. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

§ 23

Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
3. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Vorsorgekur erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten

der Kur einen Zuschuß von bis zu fünfzehn Deutsche Mark täglich vorsehen.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 119 besteht.

(5) Die Krankenkasse hat die Notwendigkeit der Leistungen nach Absatz 2 und 4 vor ihren Beginn durch den Medizinischen Dienst (§ 283) prüfen zu lassen. Wird eine Verlängerung der Leistungsdauer beantragt, ist durch den Medizinischen Dienst zu prüfen, ob sie medizinisch erforderlich ist.

(6) Die Leistungen nach Absatz 2 und 4 sollen für längstens vier Wochen erbracht werden. Sie können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

(7) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen zehn Deutsche Mark je Kalendarstag an die Einrichtung. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 24

Kuren für Mütter

(1) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach § 23 Abs. 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer Vorsorgekur in einer Einrichtung des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß vorsehen.

(2) § 23 Abs. 5 und 6 gilt entsprechend.

VIERTER ABSCHNITT

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

§ 25

Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

(2) Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühe-

stens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.

(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, daß

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(4) Die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 sollen, soweit zulässig, zusammen angeboten werden. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 100 das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen, die Altersgrenzen für die Inanspruchnahme sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 2.

§ 26

Kinderuntersuchung

(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

(2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

FÜNFTER ABSCHNITT

Leistungen bei Krankheit

ERSTER TITEL

Krankenbehandlung

§ 27

Krankenbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,

6. medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war. Leistungen für eine künstliche Befruchtung gehören nicht zur Krankenbehandlung.

§ 28

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Tätigkeit anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 29

Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 75 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst (§ 283) prüfen lassen, ob die medizinischen Voraussetzungen der kieferorthopädischen Behandlung vorliegen.

(2) Die Krankenkasse erstattet Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Absatz 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

(3) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.

§ 30

Kostenerstattung bei Zahnersatz

(1) Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kasenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medi-

zinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung). Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bis zum 31. Dezember 1989 gemeinsam und einheitlich den Zuschuß nach Absatz 1 durch Zuschüsse zu ersetzen, deren Höhe sich nach der Versorgungsform richtet. Dabei sollen sie für zahn technisch aufwendige Versorgungsformen einen Zuschuß von 40 vom Hundert, für mittlere Versorgungsformen einen Zuschuß von 50 vom Hundert und für einfache Versorgungsformen einen Zuschuß von 60 vom Hundert vorsehen und das Nähere über die zahnärztlichen und zahn technischen Leistungen, die den drei Zuschußgruppen zuzuordnen sind, im Einvernehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung festlegen. Sie können für die in Satz 2 genannten Gruppen auch andere Zuschußhöhen oder Festzuschüsse festlegen.

(3) Die Aufwendungen der Krankenkassen für die Zuschüsse nach Absatz 2 dürfen insgesamt 50 vom Hundert der Aufwendungen der Versicherten für ihre medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz nicht übersteigen.

(4) Haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 1989 Zuschüsse nach Absatz 2 nicht festgelegt, bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die zahnärztlichen und zahn technischen Leistungen, die den in Absatz 2 Satz 2 genannten Zuschußgruppen zuzuordnen sind.

(5) Für Versicherte, deren Gebißzustand eine regelmäßige Zahnpflege erkennen läßt und die während der letzten fünf Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung halbjährlich die Untersuchung nach § 22 in Anspruch genommen haben und nach Vollendung des fünf und zwanzigsten Lebensjahres sich einmal in jedem Kalenderhalbjahr auf Zahnerkrankungen zahnärztlich haben untersuchen lassen, erhöht sich der Zuschuß um 10 Prozentpunkte, bei halbjährlicher Inanspruchnahme während der letzten zehn Kalenderjahre vor Beginn der Behandlung um 15 Prozentpunkte.

(6) Wählen Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.

§ 31

Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

(2) Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Arznei- oder Verbandmittel trägt die Krankenkasse

die vollen Kosten abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 nicht festgesetzt ist, eine Zuzahlung von drei Deutsche Mark je Mittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels, an die abgebende Stelle zu leisten.

(4) Die Zuzahlung nach Absatz 3 wird vom 1. Januar 1991 an durch eine prozentuale Zuzahlung ersetzt. Dabei ist Härtefällen Rechnung zu tragen.

§ 32

Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

(2) Ist für ein Heilmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Heilmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel, für die ein Festbetrag nicht festgesetzt ist, eine Zuzahlung von vier Deutsche Mark je Mittel an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn das Heilmittel in der Praxis des Arztes abgegeben wird.

§ 33

Hilfsmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 3 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

(2) Bevor die Krankenkasse ein Hilfsmittel bewilligt, hat sie den Medizinischen Dienst in geeigneten Fällen zu beauftragen, den Versicherten zu beraten und zu prüfen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Der Medizinische Dienst hat dabei mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten.

(3) Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(4) Zu den Kosten von Kontaktlinsen zahlt die Krankenkasse als Zuschuß höchstens den Betrag, den sie

für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(5) Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, bei gleichbleibender Sehfähigkeit nur, wenn seit dem Tag der letzten Lieferung mindestens drei Jahre vergangen sind. Das gilt auch für die Instandsetzung, Änderung und Ersatzbeschaffung.

(6) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

§ 34

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 weitere Arzneimittel auszuschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Dabei ist zu bestimmen, unter welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen und Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihrer Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(4) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien über die Verordnung

von Arzneimitteln nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, welche Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen sind, weil sie dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12) nicht entsprechen. Die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Arzneimittel wird von dieser Regelung nicht berührt. Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(5) Die Absätze 1, 2 und 4 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 32, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

§ 35

Festbeträge für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen,
3. pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien

zusammengefaßt werden. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen. Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen fest. Für die Stellungnahme der Sachverständigen gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend.

(3) Ein Festbetrag für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) kann erst zwei Jahre nach der ersten Zulassung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels festgesetzt werden.

(4) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam setzen für den Bereich eines Landes einheitliche Festbeträge für Verband-, Heil- und Hilfsmittel fest. Die Festbeträge sind jeweils für Gruppen vergleichbarer Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu bilden. Bei Hilfsmitteln ist insbesondere die Möglichkeit der Zusammenfassung in

ihrer Funktion gleichartiger und gleichwertiger Mittel zu berücksichtigen. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer und den Verbänden der Behinderten ist vor der Festsetzung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(5) Soweit Festbeträge nach Absatz 4 nicht bis zum 1. Januar 1990 festgesetzt worden sind, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam die Festbeträge festzusetzen. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

(6) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel ist ferner sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist; bei Arzneimitteln mit denselben Wirkstoffen ist grundsätzlich von den preisgünstigen Apothekenabgabepreisen in der Vergleichsgruppe auszugehen. Die Festbeträge sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen.

(7) Für das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge gilt § 222 Abs. 2 und 3.

§ 36

Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten aber nicht ausführbar ist oder sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird oder die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

(2) Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Die Krankenkasse kann zur Abgeltung der Kosten für Pflegehilfsmittel, die bei der häuslichen Krankenpflege benötigt werden, eine Pauschale vorsehen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

§ 37

Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 36, 39 oder § 40 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

(2) Die Krankenkasse kann in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

§ 38

Krankenhausbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 116), wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung wird voll- oder teilstationär erbracht. Sie umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam erstellen ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Kassenärzte und Versicherte das Verzeichnis

bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte zahlen vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens vierzehn Tage fünf Deutsche Mark je Kalendertag an das Krankenhaus. Die Zuzahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten. Satz 1 gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres sowie für die Zeit der teilstationären Krankenhausbehandlung. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der Rentenversicherung oder nach § 39 Abs. 6 geleisteten Zuzahlungen von fünf Deutsche Mark täglich sind auf die Zuzahlung nach Satz 1 anzurechnen.

(5) Die See-Krankenkasse kann für kranke Seeleute, die ledig sind und keinen Haushalt haben, über den Anspruch nach Absatz 1 hinaus Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim erbringen. Absatz 4 gilt.

§ 39

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß von bis zu fünfzehn Deutsche Mark täglich vorsehen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 119 besteht.

(3) Die Krankenkasse hat die Notwendigkeit der Leistungen nach Absatz 1 und 2 vor ihrem Beginn durch den Medizinischen Dienst (§ 283) prüfen zu lassen. Wird eine Verlängerung der Leistungsdauer beantragt, ist durch den Medizinischen Dienst zu prüfen, ob sie medizinisch erforderlich ist.

(4) Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens vier Wochen erbracht werden. Leistungen nach Absatz 1 und 2 können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschußt worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

(5) Leistungen nach Absatz 2, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 1305 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, des § 84 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes und

des § 97 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen zehn Deutsche Mark je Kalendertag an die Einrichtung. Die Zuzahlung beträgt fünf Deutsche Mark je Kalendertag für längstens vierzehn Tage je Kalenderjahr, wenn die Leistung nach Absatz 2 der Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an diese ergänzend anschließt. Die innerhalb des Kalenderjahres an einen Träger der Rentenversicherung oder nach § 38 Abs. 4 geleistete Zuzahlung von fünf Deutsche Mark je Kalendertag ist auf die Zuzahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zuzahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 40

Müttergenesungskuren

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, um die in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer Müttergenesungskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer vergleichbaren Einrichtung erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuß vorsehen.

(2) § 39 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 41

Belastungserprobung und Arbeitstherapie

(1) Versicherte haben Anspruch auf Belastungserprobung und Arbeitstherapie, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

§ 42

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Krankenkasse kann als ergänzende Leistungen

1. den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird,
2. solche Leistungen zur Rehabilitation erbringen, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören,

wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet.

ZWEITER TITEL

Krankengeld

§ 43

Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5, 9 oder 10 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld.

(2) Die Satzung kann für freiwillig Versicherte den Anspruch auf Krankengeld ausschließen oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei Arbeitsunfähigkeit wegen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

(4) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

§ 44

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und nach § 10 versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das achte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. § 10 Abs. 4 und § 43 Abs. 1 Satz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für fünf Arbeitstage.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

§ 45

Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, § 39 Abs. 2) von ihrem Beginn an,
2. im übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an.

§ 46

Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 80 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitsentkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf das bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechnete Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 242 Abs. 1. Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung maßgebend war. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 236) und die Beträge nach § 235 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) Das Krankengeld erhöht sich jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums um den Vomhundertsatz, um den die Renten der gesetzlichen Rentenversicherungen zuletzt vor diesem Zeitpunkt nach dem jeweiligen Renten Anpassungsgesetz angepaßt worden sind. Es darf nach der Anpassung 80 vom Hundert des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 232 Abs. 3) nicht übersteigen.

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 47

Dauer des Krankengeldes

(1) Versicherte erhalten Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie in der Zwischenzeit

1. mindestens sechs Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren,
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen und
3. bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

§ 48

Ruhen des Krankengeldes

Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt; Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen,
2. solange Versicherte Erziehungsurlaub nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz erhalten; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn des Erziehungsurlaubs eingetreten ist oder das Kran-

kengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während des Erziehungsurlaubs erzielt worden ist,

3. solange Versicherte Mutterschaftsgeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz ruht, und zwar auch insoweit, als das Krankengeld höher ist als eine dieser Leistungen,
4. solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs erhalten,
5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt.

§ 49

Wegfall und Kürzung des Krankengeldes

(1) Versicherte haben vom Beginn der nachstehenden Leistungen an keinen Anspruch auf Krankengeld:

1. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,
3. Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3,
4. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs gezahlt werden.

Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuß des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. des Altersgeldes, vorzeitigen Altersgeldes oder der Landabgaberente aus der Altershilfe für Landwirte,
2. der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Berufsunfähigkeit,
3. der Knappschaftsausgleichsleistung nach § 98 a des Reichsknappschaftsgesetzes oder Bergmannsrente nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes oder

4. einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuches gezahlt wird,

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

§ 50

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Rehabilitation

(1) Sind Versicherte nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig anzusehen, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen haben. Haben diese Versicherten ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation bei einem Leistungsträger mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs zu stellen haben.

(2) Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes oder des Altersgeldes und haben sie das fünfundsiebzehnte Lebensjahr vollendet, kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

DRITTER TITEL

Leistungsbeschränkungen

§ 51

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.

SECHSTER ABSCHNITT

Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

§ 52

Personenkreis

(1) Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe.

(2) Das Vorliegen der Schwerpflegebedürftigkeit ist durch den Medizinischen Dienst (§ 283), in der Regel auf Grund einer Untersuchung der Versicherten in ihrer häuslichen Umgebung, zu prüfen. Die Prüfung soll auch Möglichkeiten zur Rehabilitation einbeziehen und ist in angemessenen Abständen zu wiederholen.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, solange ein Anspruch nach § 36 besteht.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe sowie der Behinderten zu beteiligen.

§ 53

Anspruchsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums und in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Der Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

(2) Bei Versicherten, die keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, tritt an die Stelle der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Tag der Geburt. Für versicherte Kinder gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 als erfüllt, wenn sie ein Elternteil erfüllt.

§ 54

Inhalt der Leistung

(1) Die häusliche Pflegehilfe soll die Pflege und Versorgung der schwerpflegebedürftigen Versicherten in ihrem Haushalt oder dem ihrer Familie ergänzen. Sie ist darauf auszurichten, daß der Pflegebedürftige möglichst dort verbleiben kann und stationäre Pflege

vermieden wird. Sie umfaßt die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu fünfundzwanzig Pflegeeinsätzen je Kalendermonat. An einem Tag können mehrere Pflegeeinsätze in Anspruch genommen werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 werden vom 1. Januar 1991 an erbracht.

§ 55

Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Kann die Pflege und Versorgung des schwerpflegebedürftigen Versicherten wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson zeitweise nicht erbracht werden, wird die häusliche Pflegehilfe über den Rahmen des § 54 hinaus im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr erbracht. Werden die Versicherten während dieser Zeit außerhalb ihres Haushalts oder ihrer Familie gepflegt, übernimmt die Krankenkasse die dadurch entstehenden Kosten bis zur Höhe des Betrages, den sie bei Pflege und Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie aufzuwenden hätte.

§ 56

Geldleistung

(1) Auf Antrag der schwerpflegebedürftigen Versicherten kann die Krankenkasse ihnen anstelle der häuslichen Pflegehilfe einen Geldbetrag von 400 Deutsche Mark je Kalendermonat zahlen, wenn die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und in ausreichendem Umfang selbst sicherstellen können.

(2) Die Geldleistung nach Absatz 1 wird nur gezahlt, wenn die Pflegeperson nicht mehr als die Hälfte der Arbeitszeit einer Pflegekraft, die diese Tätigkeit hauptberuflich ausübt, anderweitig beschäftigt oder selbständig tätig ist.

(3) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu mindern.

(4) Die Geldleistung wird vom 1. Januar 1991 an gezahlt.

SIEBTER ABSCHNITT

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

§ 57

Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und auf Hebammenhilfe.

(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erhält die Versicherte Arznei-, Verband- und Heilmittel. § 31 Abs. 3 und 4 und § 32 Abs. 3 gelten nicht.

§ 58

Stationäre Entbindung

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung, für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 38 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 59

Häusliche Pflege

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist.

§ 60

Haushaltshilfe

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

§ 61

Mutterschaftsgeld

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld, wenn sie vom Beginn des zehnten bis zum Ende des vierten Monats vor der Entbindung mindestens zwölf Wochen Mitglieder waren oder in einem Arbeitsverhältnis standen.

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 25 Deutsche Mark für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeter Arbeitsversäumnis kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht

möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Übersteigt das Arbeitsentgelt 25 Deutsche Mark kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder vom Bund nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Das Zeugnis darf nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes ausgestellt sein. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, verlängert sich die Bezugsdauer entsprechend.

§ 62

Ruhen des Mutterschaftsgeldes

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

§ 63

Bundeszuschuß

(1) Der Bund zahlt den Krankenkassen für jeden Leistungsfall nach § 61 einen Pauschbetrag von 400 Deutsche Mark.

(2) Das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Zuschüssen bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 64

Entbindungsgeld

Versicherte, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 61 haben, erhalten nach der Entbindung ein Entbindungsgeld von 150 Deutsche Mark.

ACHTER ABSCHNITT

Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft

§ 65

Beratung zur Empfängnisregelung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung empfängnisregelnder Mittel.

§ 66

Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Der Anspruch umfaßt ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine nicht rechtswidrige Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Krankenhausbehandlung.

§ 67

Anwendbare Vorschriften

Die Vorschriften über die Krankenbehandlung und das Krankengeld gelten für die Leistungen nach diesem Abschnitt entsprechend, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.

NEUNTER ABSCHNITT

Fahrkosten

§ 68

Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 142 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten

1. in Höhe des 20 Deutsche Mark je Fahrt übersteigenden Betrages bei Leistungen, die vollstationär erbracht werden,
2. soweit der Versicherte durch die Fahrkosten unzumutbar belastet würde (§ 69), im übrigen, soweit § 70 dies vorsieht.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 142 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 142 berechnungsfähige Betrag.

Benutzt der Versicherte ein privates Kraftfahrzeug, erstattet ihm die Krankenkasse für jeden gefahrenen Kilometer 31 Deutsche Pfennige, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme eines öffentlichen Verkehrsmittels entstanden wären.

(4) Die Kosten des Rücktransports in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

ZEHNTER ABSCHNITT

Härtefälle

§ 69

Vollständige Befreiung

(1) Die Krankenkasse hat

1. Versicherte von der Zuzahlung zu stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach § 23 Abs. 4 oder § 39 Abs. 2 zu befreien,
2. den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz zu übernehmen und
3. die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten von Versicherten zu übernehmen,

wenn die Versicherten unzumutbar belastet würden.

(2) Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Arbeitslosenhilfe nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der

Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

(3) Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden.

(4) Der in Absatz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den Ehegatten des Versicherten um 15 und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße.

§ 70

Teilweise Befreiung

(1) Die Krankenkasse hat die während eines Kalenderjahres im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten und Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln des Versicherten zu übernehmen, soweit sie bei seinen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bis zur Höhe der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) 2 vom Hundert, bei höheren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 4 vom Hundert dieser Einnahmen übersteigen. Die Krankenkasse kann insbesondere bei regelmäßig entstehenden Fahrkosten und Zuzahlungen eine Kostenübernahme in kürzeren Abständen vorsehen.

(2) Bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den Ehegatten des Versicherten um 15 vom Hundert, für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern.

(3) § 69 Abs. 3 gilt.

ELFTER ABSCHNITT

Erprobungsregelungen

§ 71

Grundsatz

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen kann neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren, auch als Modellvorhaben, im Rahmen der Vorschriften dieses Abschnitts erproben, um die gesetzliche Krankenversicherung weiterzuentwickeln. Sie soll dabei auf verstärkte Anreize hinwirken, Leistungen kostengünstig zu erbringen und sparsam in Anspruch zu nehmen.

§ 72

Kostenerstattung

(1) Die Satzung kann zur Erprobung vorsehen, daß Versicherte anstelle der in diesem Buch vorgesehenen Sachleistungen Kostenerstattung wählen können. Die Kostenerstattung kann auf bestimmte Gruppen von Versicherten und auf bestimmte Gruppen von Leistungen beschränkt werden. Eine Regelung nach Satz 1 und 2 darf nicht zu einer Kostenverlagerung auf andere öffentliche Kostenträger führen.

(2) Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei auch festzulegen, daß die Versicherten für mindestens zwei Jahre an die gewählte Kostenerstattung gebunden sind, und Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.

§ 73

Beitragsrückzahlung

(1) In jedem Landesverband, dem mehr als eine Mitgliedskasse angehört, hat mindestens eine Krankenkasse in ihre Satzung Bestimmungen über die Erprobung einer Beitragsrückzahlung aufzunehmen. Der Landesverband, für Ersatzkassen deren Verbände, bestimmen, welche Krankenkasse die Satzungsregelung vorzunehmen hat. Die Ersatzkassen können die Erprobung auf eine Region beschränken. Die Verbände haben in ihrer Satzung eine Umlage der Mitgliedskassen vorzusehen, um die Belastung der durchführenden Krankenkasse aus der Beitragsrückzahlung auszugleichen.

(2) Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, erhalten eine Beitragsrückzahlung, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Sie beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Haben die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen weniger als ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds betragen, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten, Vierten und Siebten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und § 24 sowie Leistungen für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

§ 74

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und

nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

§ 75

Gesundheitsförderung und Rehabilitation

(1) Die Krankenkasse kann zur Erprobung

1. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, auch zur Gesundheitserziehung, sowie zur Rehabilitation selbst durchführen und sich an solchen Maßnahmen anderer beteiligen oder sie fördern,
2. sich an Maßnahmen anderer zur Behandlung akuter und chronischer Krankheiten beteiligen oder sie fördern.

(2) Die Art der Maßnahmen und die Grundsätze der Beteiligung und Förderung sind in der Satzung festzulegen.

§ 76

Dauer und Auswertung

Die Satzungsbestimmungen über Erprobungsregelungen sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Erprobungen sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Das Ergebnis der Auswertungen ist zu veröffentlichen. § 75 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

VIERTES KAPITEL**Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern****ERSTER ABSCHNITT****Allgemeine Grundsätze**

§ 77

Anwendungsbereich

Dieses Kapitel regelt die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und sonstigen Leistungserbringern.

§ 78

Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane

Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

§ 79

Beitragsatzstabilität

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragsatzstabilität (§ 150 Abs. 2) zu beachten.

ZWEITER ABSCHNITT

Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten

ERSTER TITEL

Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

§ 80

Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte.

(2) 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 ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

(3) Für die Verträge der Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten nach § 91 Abs. 3 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Absatz 3 gilt entsprechend für die knappschaftliche Krankenversicherung, soweit das Verhältnis zu den Ärzten nicht durch die Bundesknappschaft nach den örtlichen Verhältnissen geregelt ist.

§ 81

Kassenärztliche Versorgung

(1) Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung bestimmen die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge.

(2) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die

1. ärztliche Behandlung,

2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten und Krankenhausbehandlung,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege und häuslicher Pflegehilfe,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 283) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
10. ärztlichen Maßnahmen zur Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation.

(3) In den Gesamtverträgen ist zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur kassenärztlichen Versorgung nach Absatz 2 gehören, Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind.

(4) Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächst erreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Das Verzeichnis nach § 38 Abs. 3 ist zu berücksichtigen.

(5) Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 100 Abs. 2 beachten und auf dem Ordnungsblatt ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf. Verordnet der Arzt auf Wunsch des Versicherten ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

(6) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht.

§ 82

Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder des Medizinischen Dienstes (§ 283) einholen.

§ 83

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die kassenärztliche Versorgung in dem in § 81 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfaßt auch einen ausreichenden Notdienst.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 89 Abs. 5 vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen 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 Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden.

(4) Soweit die ärztliche Versorgung in der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht durch Knappschaftsärzte sichergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(5) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchfüh-

rung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen. Sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, daß die zur Ableistung der Vorbereitungszeiten von Ärzten in den Praxen niedergelassener Kassenärzte benötigten Plätze zur Verfügung stehen.

§ 84

Freie Arztwahl

(1) Die Versicherten können unter den zu der kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten (Kassenärzten), den ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie den Zahnkliniken der Krankenkassen frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen dürfen auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden, wenn die Voraussetzungen des § 149 Abs. 2 erfüllt sind.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte oder ärztlich geleiteten Einrichtungen in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Die Versicherten sollen den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(4) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(5) Die Versicherten der Ersatzkassen können unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Versicherten der knappschaftlichen Krankenversicherung unter den Knappschaftsärzten und den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen frei wählen. Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

ZWEITER TITEL

**Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche
Vereinigungen**

§ 85

**Kassenärztliche Vereinigungen und
Bundesvereinigungen**

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigungen). Kassenärztliche Vereinigungen, deren Bereiche am 1. Januar 1989 von der Regelung nach Satz 1 abweichen, bestehen fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagen.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Absatz 1 Satz 2 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(3) Die zugelassenen Ärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen).

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden durch ihre Vorstände oder einzelne Vorstandsmitglieder gerichtlich und außergerichtlich vertreten. Das Nähere bestimmt die Satzung.

§ 86

**Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen,
Vermögen, Statistiken**

(1) Die Aufsicht über die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

(2) Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem diese Vereinigungen ihren Sitz haben. Die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder wahrzunehmen.

(3) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

§ 87

Selbstverwaltungsorgane

(1) Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

(2) Die Satzungen bestimmen die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(3) Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen die Satzungen die Zahl der Vorstandsmitglieder.

(4) Für die Haftung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gilt § 42 Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend.

§ 88

Wahlen

(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Mitglieder jeder Vertreterversammlung wählen aus dem Kreise der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

(2) Die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder des Vorstandes.

(3) Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden für vier Jahre gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit bis zur Amtsübernahme ihrer Nachfolger im Amt.

§ 89

Satzung

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung. Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Sie muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Selbstverwaltungorgane,
3. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung,
4. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
7. Änderung der Satzung,
8. Art der Bekanntmachungen.

(2) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen enthalten.

(3) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen

1. die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzuschließenden Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind,
2. die Richtlinien nach § 83 Abs. 6, § 100 und § 144 Abs. 3 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich sind.

(4) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder bestimmen, die ihre kassen- oder vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Maßnahmen nach Satz 1 sind je nach der Schwere der Verfehlung Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu sechs Monaten. Das Höchstmaß der Geldbußen kann bis zu zwanzigtausend Deutsche Mark betragen. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt.

DRITTER TITEL

Verträge auf Bundes- und Landesebene

§ 90

Grundsätze

(1) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

(2) Die Vergütungen der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt.

(3) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassen teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden in den Verträgen nach § 91 Abs. 3 geregelt. Die Vergütungen in der knappschaftlichen Krankenversicherung werden in den Verträgen nach § 91 Abs. 4 vereinbart.

§ 91

Gesamtverträge

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. Gesamtverträge für Krankenkassen, die sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstrecken, werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundes- oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die beteiligten Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß einander übertragen. Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.

(2) In den Gesamtverträgen sind auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermöglichen. Dabei sind Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen festzulegen.

(3) Die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung. § 90 Abs. 1 und § 93 gelten entsprechend.

(4) Die Bundesknappschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen schließen, soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, Verträge. § 90 Abs. 1 und § 93 gelten entsprechend.

§ 92

Vereinbarung von Richtgrößen

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen.

§ 93

Gesamtvergütung

(1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sowie für pauschale Material- und Laborkosten nicht zulässig.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

§ 94

Empfehlungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben, es sei denn, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat eine entsprechende Empfehlung abgegeben, der die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzte zugestimmt haben. Wenn die Vertragspartner nichts anderes vereinbaren, ist die Empfehlung einmal jährlich für den Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni des folgenden Jahres abzugeben.

(2) Die Empfehlungen sollen bei Abschluß der Verträge nach § 91 berücksichtigt werden. Abweichende Vereinbarungen sind zulässig, soweit besondere regionale Verhältnisse oder besondere Verhältnisse der Kassenarten dies erfordern und hierdurch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 150 Abs. 2) nicht gefährdet wird.

§ 95

Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Bundesverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. In den Bundesmantelverträgen sind auch die Regelungen, die zur Organisation der kassenärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren. Bei der Gestaltung der Arzneiverordnungsblätter ist § 81 Abs. 5 zu beachten. Die Sätze 1 und 2 gelten für die Verträge nach § 91 Abs. 3 und 4 entsprechend.

(2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

(3) Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertreter. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen.

(4) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, 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 § 97 Abs. 3 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied gemeinsam von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt. Die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds erfolgt durch die Verbände der Ersatzkassen.

(5) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne von § 90 Abs. 1 und § 91 Abs. 3 und 4.

VIERTER TITEL

Zahntechnische Leistungen

§ 96

Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen und deren Vergütungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Das bundeseinheitliche Verzeichnis ist im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren.

(2) Zahntechnische Leistungen nach Absatz 1, die von einem Zahnarzt erbracht werden, sind Gegenstand der kassenzahnärztlichen Versorgung. Die Verträge nach § 91 haben Höchstpreise vorzusehen, die die Preise nach Absatz 1 unterschreiten.

FÜNFTER TITEL

Schiedswesen

§ 97

Schiedsamt

(1) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Landesschieds-

amt). Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.

(3) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Beteiligten eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und je zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter enthalten muß. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter aus der gemeinsam erstellten Liste, entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft bilden je ein Schiedsamt für die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsamt). Das Schiedsamt besteht aus fünf von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft bestellten Vertreter, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 2 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 4 führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

(6) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(7) Der Bundesinnungsverband der Zahntechniker, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben vom Bundesinnungsverband der Zahntechniker sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 2 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

SECHSTER TITEL

Landesausschüsse und Bundesausschüsse

§ 98

Landesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für den Bereich jedes Landes einen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen. Für die Ersatzkassen nehmen deren Verbände die Aufgabe der Landesverbände nach Satz 1 wahr. Die Verbände der Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen.

(2) Die Landesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen berufen. Besteht in dem Bereich eines Landesausschusses ein Landesverband einer bestimmten Kassenart nicht und verringert sich dadurch die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, verringert sich die Zahl der Ärzte entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Die Mitglieder der Landesausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen tragen die Kosten der Landesausschüsse je zur Hälfte. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

§ 99

Bundesausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen berufen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den in Absatz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen bestellt. § 98 Abs. 3 Satz 1 und 2 gilt.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einerseits und die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Verbände der Ersatzkassen andererseits tragen die Kosten der Bundesausschüsse je zur Hälfte. § 98 Abs. 3 Satz 4 gilt.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Bundesausschüsse führt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

§ 100

Richtlinien der Bundesausschüsse

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Sie sollen insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung und häuslicher Pflegehilfe,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,
9. Maßnahmen zur Empfängnisregelung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation,
10. Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 haben Arznei- und Heilmittel unter Berücksichtigung der Festbeträge nach § 35 so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird. Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Um dem Arzt eine therapie- und preisgerechte Auswahl der Arzneimittel zu ermöglichen, können für die einzelnen Indikationsgebiete die Arzneimittel in folgenden Gruppen zusammengefaßt werden:

1. Mittel, die allgemein zur Behandlung geeignet sind,
2. Mittel, die nur bei einem Teil der Patienten oder in besonderen Fällen zur Behandlung geeignet sind,
3. Mittel, bei deren Verordnung wegen des zweifelhaften therapeutischen Nutzens oder aus Gründen der Arzneimittelsicherheit besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

(3) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 sind insbesondere zu regeln

1. die Anwendung wirtschaftlicher Verfahren und die Voraussetzungen, unter denen mehrere Maßnahmen zur Früherkennung zusammenzufassen sind,
2. das Nähere über die Bescheinigungen und Aufzeichnungen bei Durchführung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten.

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die bei Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten anfallenden Ergebnisse zu sammeln und auszuwerten. Dabei ist sicherzustellen, daß Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind.

(4) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 ist zu regeln, bei welchen Behinderungen, unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Verfahren die Ärzte die Krankenkassen über die Behinderungen von Versicherten zu unterrichten haben.

(5) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 10 über den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten sind auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen zu treffen, die mit nicht in die

Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden.

(6) Die Richtlinien der Bundesausschüsse sind Bestandteil der Bundesmantelverträge und der Verträge nach § 91 Abs. 3 und 4.

§ 101

Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen soll in regelmäßigen Zeitabständen die nach § 34 Abs. 1 und den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ganz oder für bestimmte Indikationsgebiete von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Arzneimittel in einer Übersicht zusammenstellen.

§ 102

Wirksamwerden der Richtlinien

Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse der Bundesausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erläßt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Richtlinien.

SIEBTER TITEL

Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung

§ 103

Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung

(1) An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Kassenarztsitz).

(2) Um die Zulassung als Kassenarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag nach Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit für Kassenärzte sowie einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Kassenzahnärzte. Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen.

(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an

der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, daß der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 83 Abs. 2 und § 89 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluß des Zulassungsausschusses, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Die Zulassung ist auch zu entziehen, wenn dem Kassenarzt infolge gröblicher Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten die vertragsärztliche Beteiligung entzogen worden ist.

(7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes.

(8) Die Teilnahme als Vertragsarzt an der ärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen ist zulässig, soweit und solange der Arzt die kassenärztliche Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 ausübt. Einzelheiten der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere das Verfahren der Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung sowie das Verfahren der Ermächtigung, werden in den Verträgen nach § 91 Abs. 3 geregelt. Satz 2 gilt auch für Vereinbarungen zu Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

§ 104

Zulassungsausschüsse

(1) Zur Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehr-

heit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen den Berufungsausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung.

§ 105

Berufungsausschüsse

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuß für Ärzte und einen Berufungsausschuß für Zahnärzte. Sie können nach Bedarf mehrere Berufungsausschüsse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einen gemeinsamen Berufungsausschuß für die Bezirke mehrerer Kassenärztlichen Vereinigungen errichten.

(2) Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Landesverbände der Krankenkassen in gleicher Zahl als Beisitzern. Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen. § 104 Abs. 2 Satz 2 bis 4 und 6 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Berufungsausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(4) Der Berufungsausschuß kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung im öffentlichen Interesse anordnen.

(5) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Sie berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen, wenn und solange die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen diese nicht bestellen.

§ 106

Zulassungsverordnungen

(1) Die Zulassungsverordnungen regeln das Nähere über die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung sowie die zu ihrer Sicherstellung erforderliche Bedarfsplanung (§ 107) und die Beschränkung von Zulassungen. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Ausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand,
2. die Geschäftsführung der Ausschüsse,
3. das Verfahren der Ausschüsse entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
4. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände,
5. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister,
7. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
8. die Aufstellung, 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,
9. die Ausschreibung von Kassenarztsitzen,
10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
11. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung,

12. den Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet haben, sowie die Voraussetzungen für Ausnahmen von diesem Grundsatz, soweit die Ermächtigung zur Sicherstellung erforderlich ist, und in Härtefällen,
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,
14. die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung durch Ärzte, denen die zuständige deutsche Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs erteilt hat, sowie durch Ärzte, die zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen nach Artikel 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden,
15. die zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei Verzicht.

ACHTER TITEL**Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung**

§ 107

Bedarfsplan

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(2) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, kann jeder der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen anrufen.

(3) Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne nach Absatz 1 und entscheiden im Falle des Absatzes 2.

§ 108

Unterversorgung

(1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

§ 109

Übersorgung

In Fällen kassenärztlicher Übersorgung können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 110) Zulassungsbeschränkungen anordnen.

§ 110

Richtlinien zur Übersorgung

(1) Die Bundesausschüsse beschließen in Richtlinien Bestimmungen über

1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine kassenärztliche Übersorgung,
3. ergänzende Grundlagen, nach denen die Landesausschüsse eine Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von Übersorgung im einzelnen zu bewerten haben,
4. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.

(2) Die Verhältniszahlen nach Absatz 1 Nr. 1 sind erstmals nach dem bundeseinheitlichen Versorgungsstand vom 31. Dezember 1980 arztgruppenbezogen im Verhältnis der Zahl der zugelassenen Kassenärzte zur Bevölkerung zu ermitteln. Die Maßstäbe nach Absatz 1 Nr. 2 sind arztgruppenbezogen festzulegen. Sie haben insbesondere das Ausmaß des Überschreitens des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades nach Absatz 1 Nr. 1 zu bestimmen, das die Annahme von Übersorgung rechtfertigt. Übersor-

gung darf erst angenommen werden, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um wenigstens 50 vom Hundert überschritten ist. Die Maßstäbe für die Übersorgung sind ferner so festzulegen, daß für mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet arztgruppenbezogen eine Übersorgung nicht eintritt. Diese Planungsbereiche müssen in ihrer Gesamtheit annähernd 50 vom Hundert der Bevölkerung umfassen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die Maßstäbe sind spätestens alle drei Jahre zu überprüfen und der tatsächlichen Entwicklung anzupassen.

(3) In den ergänzenden Bewertungsgrundlagen nach Absatz 1 Nr. 3 sind einheitliche Verfahren festzulegen, mit deren Hilfe die Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von Übersorgung mit Angaben zur Altersstruktur der Ärzte, des Patientenaufkommens (Fallzahlen) und des Behandlungsaufwands (Fallwerte) festgestellt werden kann.

§ 111

Zulassungsbeschränkungen

(1) Auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbands der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen stellen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen fest, ob eine Übersorgung vorliegt und ob dadurch eine zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche Versorgung gefährdet ist. In diesen Fällen kann der Landesausschuß Zulassungsbeschränkungen anordnen.

(2) Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich zu begrenzen. Sie können einen oder mehrere Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. Sie sind arztgruppenbezogen unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten anzuordnen.

(3) Die Zulassungsbeschränkungen sind zu befristen. Sie dürfen die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Sie sind aufzuheben, wenn durch Veränderung der Maßstäbe nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 die Voraussetzungen für eine Übersorgung entfallen. Dauert nach Ablauf von drei Jahren auch nach Anpassung der Maßstäbe die Übersorgung an, können die Zulassungsbeschränkungen verlängert werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für die Verlängerung.

(4) Bei Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sind mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche für Zulassungen offenzuhalten.

§ 112

Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen

(1) Die Zulassungsverordnungen 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 nach vorheriger Ausschöpfung anderer geeigneter Maßnahmen vorzusehen und inwieweit hierbei die Zulassungsausschüsse an die Anordnung der Landes-ausschüsse gebunden sind und Härtefälle zu berücksichtigen haben.

(2) Die Zulassungsverordnungen bestimmen nach Maßgabe des § 110 auch das Nähere über die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie über das Verfahren bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen bei kassenärztlicher Überversorgung. Zur Vermeidung von unbilligen Härten haben sie Regelungen für Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in Fällen vorzusehen, in denen

1. die Zulassung eines Kassenarztes durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll,
2. ein Arzt sich um die Zulassung mit der Maßgabe bewirbt, seine kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich mit einem in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Gebiet zugelassenen Kassenarzt auszuüben, solange die kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich ausgeübt wird.

(3) Für die Verträge nach § 91 Abs. 3 gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 113

Förderung der kassenärztlichen Versorgung

(1) 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 Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der nie-

dergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Kassenarzt vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an finanziell fördern.

NEUNTER TITEL

Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 114

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch Kassenärzte, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse errichtet. Die Ärzte und Krankenkassen entsenden in die Ausschüsse Vertreter in gleicher Zahl. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrags vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren der Ausschüsse. Sie haben dabei auch das Verfahren für die Fälle vorzusehen, in denen die Krankenkasse dem Versicherten nach den §§ 29, 30 und 72 Kosten erstattet.

(3) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind in den Gesamtverträgen

1. Verfahren zur Prüfung nach Durchschnittswerten,
2. Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 92 und
3. Verfahren, die auf der Grundlage von Stichproben, die wenigstens zwei vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen müssen, eine Prüfung einzelner Ärzte und einzelner Leistungen ermöglichen,

zu vereinbaren.

(4) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes).

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen nach den §§ 124 bis 126 und der belegärztlichen Leistungen (§ 130); § 91 Abs. 2 gilt entsprechend.

DRITTER ABSCHNITT
Beziehungen zu Krankenhäusern
und anderen Einrichtungen

§ 115

**Krankenhäuser, Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen**

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern (Rehabilitation),
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den

Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 116

Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben.

§ 117

**Abschluß von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern**

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluß des Versorgungsvertrags. Dieser ist für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs unmittelbar verbindlich.

(2) Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.

(3) Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrags werden mit der Genehmigung durch die zuständigen

Aufsichtsbehörden wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 118 weiter.

(4) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 38) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbooks mit dem Krankenhaus-träger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen; der Grundsatz der Selbstkostendeckung nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt.

§ 118

Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Ein Versorgungsvertrag nach § 117 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen jedoch nur aus den in § 117 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen. Eine Kündigung wegen Unwirtschaftlichkeit ist nur zulässig, wenn diese nicht nur vorübergehend ist. Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verbinden, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist.

(2) Die Kündigung durch die Landesverbände erfolgt im Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen. Sie wird mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Diese hat ihre Entscheidung zu begründen. Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung versagt werden, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Landesrecht bedarfsgerecht ist.

§ 119

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 39), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 115 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 117 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes gemeinsam können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 und 1987 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist das Benehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags herzustellen.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

§ 120

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbooks entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der

- a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung,
 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
 4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
 5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege.

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 122 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

§ 121

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam können die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. Kommt eine Einigung über den Prüfer nicht zustande, wird dieser auf Antrag von der Landesschiedsstelle nach § 122 Abs. 1 bestimmt. Der Prüfer ist bei Durchführung seines Auftrags an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Prüfer und seinen Beauftragten auf Verlangen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 118, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung mit Wir-

kung für die Zukunft zu berücksichtigen. Die Vorschriften über Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach der Bundespflegesatzverordnung bleiben unberührt.

(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 127) und sozialpädiatrische Zentren (§ 128) werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 91 Abs. 2, § 114 Abs. 2 und 3 und § 145 geltenden Regelungen geprüft.

§ 122

Landesschiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausesgesellschaft bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 97 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los bestellt. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle und der erweiterten Schiedsstelle (§ 123 Abs. 3), die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

VIERTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Krankenhäusern
und Kassenärzten

§ 123

**Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen
zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern
und Kassenärzten**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Kassenärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 122 festgesetzt. Diese wird hierzu um Vertreter der Kassenärzte in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweiterte Schiedsstelle). Die Vertreter der Kassenärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Das Nähere wird durch die Rechtsverordnung nach § 122 Abs. 5 bestimmt. Für die Kündigung der Verträge sowie die vertragliche Ablösung der von der erweiterten Schiedsstelle festgesetzten Verträge gilt § 120 Abs. 4 entsprechend.

(4) Kommt eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrats bestimmt.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

§ 124

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß (§ 104) zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

§ 125

Polikliniken

Die Zulassungsausschüsse (§ 104) sind verpflichtet, die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 83 Abs. 3 genannten Personen zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist so zu gestalten, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung der in Satz 1 genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können.

§ 126

**Ambulante Leistungen bei Sterilisation und
Schwangerschaftsabbruch**

Die Zulassungsausschüsse (§ 104) sind verpflichtet, ärztlich geleitete Einrichtungen, insbesondere Krankenhäuser, auf deren Verlangen zu ambulanten ärztlichen Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch nach § 66 zu ermächtigen.

§ 127

Psychiatrische Institutsambulanzen

(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind von dem Zulassungsausschuß (§ 104) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können von dem Zulassungsausschuß zur Durchführung von Leistungen nach Satz 1 ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- und Be-

handlungsmethoden des Krankenhauses nicht sicher- gestellt ist.

(2) Die Behandlung durch psychiatrische Instituts- ambulanz ist auf diejenigen Versicherten auszu- richten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeig- neten Ärzten auf die Behandlung durch diese Insti- tutsambulanzen angewiesen sind. Der Krankenhaus- träger stellt sicher, daß die für die ambulante psych- iatrische und psychotherapeutische Behandlung er- forderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte so- wie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

§ 128

Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizi- nisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuß (§ 104) zur ambulanten so- zialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermäch- tigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die sozialpädiatrische Behandlung umfaßt die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbeson- dere auch psychologische Leistungen sowie ergän- zende Leistungen zur Rehabilitation (§ 42), die erfor- derlich sind, um insbesondere auch mit der in § 11 Abs. 2 genannten Zielsetzung eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhin- dern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mil- dern.

(3) Die Versorgung durch sozialpädiatrische Zen- tren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit oder wegen zu großer Ent- fernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Zentren angewiesen sind.

§ 129

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

(1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Kranken- hausärzte, Polikliniken und Einrichtungen nach § 126 werden nach den für Kassenärzte geltenden Grund- sätzen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen all- gemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren ab- gegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungs- maßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Ko-

sten an die berechtigten Krankenhausärzte weiterge- leitet.

(2) Die Leistungen der psychiatrischen Institutsam- bulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muß die Leistungsfähigkeit der Insti- tutsambulanzen und der Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der Einrichtungen nach § 126, der psychiatrischen In- stitutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zen- tren kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich ge- förderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Ab- satz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert, bei den Polikliniken zusätzlich um ei- nen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre zu kürzen.

(4) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schieds- stelle nach § 18 a des Krankenhausfinanzierungsge- setzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest.

§ 130

Belegärztliche Leistungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 123 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirt- schaftliche belegärztliche Behandlung der Versiche- ten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten glei- cher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patien- ten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Beleg- arztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Kassenärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür be- reitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel voll- stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztli- chen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatien- ten und
2. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachge- ordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Be- handlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

§ 131

Medizinisch-technische Großgeräte

(1) Krankenhäuser, Kassenärzte und Krankenkassen wirken mit den zuständigen Landesbehörden in dem Großgeräteausschuß nach Absatz 3 zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten zusammen.

(2) Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte werden unter Berücksichtigung des § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von den zuständigen Stellen bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten.

(3) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird von den Beteiligten nach Satz 2 ein Großgeräteausschuß gebildet. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankengesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen von den Landesverbänden der Krankenkassen und die Vertreter der Kassenärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

(4) Die Entscheidungen des Großgeräteausschusses werden einvernehmlich getroffen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die zuständige Landesbehörde.

(5) Bei Klagen gegen Entscheidungen des Großgeräteausschusses und des Landes findet ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) nicht statt.

§ 132

Zuständigkeitsregelung

Die nach den §§ 116 bis 123, 129 bis 131 den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen ihre Verbände wahr.

FÜNFTER ABSCHNITT**Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln**

§ 133

Zulassung

(1) Heilmittel, die Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie sowie der Arbeits- und Beschäftigungstherapie umfassen, dürfen an Versi-

cherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muß,
3. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
4. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 und 2 erfüllen; Absatz 2 Nr. 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden.

(5) Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse erteilt. Die Zulassung berechtigt zur Versorgung der Versicherten.

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erlass der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 3 oder 4 nicht mehr erfüllt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 134

Verträge

(1) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Abrechnung der Festbeträge schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer.

(2) In Verträgen können sich Leistungserbringer bereiterklären, Heilmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 35 Abs. 4) oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben. Die Krankenkassen sind berechtigt, diese Leistungserbringer ihren Versicherten zu empfehlen.

(3) Soweit noch keine Festbeträge festgesetzt oder nicht festsetzbar sind, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise. Vereinbarte Preise sind Höchstpreise. Die

Krankenkassen sind berechtigt, Leistungserbringer, die die Höchstpreise unterschreiten, ihren Versicherten zu empfehlen.

SECHSTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln

§ 135

Zulassung

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 1 Satz 2 ab.

(3) § 133 Abs. 5 gilt entsprechend.

(4) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erlass der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt. § 133 Abs. 5 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 136

Verträge

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie über die Abrechnung der Festbeträge schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder den Verbänden der Leistungserbringer. § 134 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 137

Hilfsmittelverzeichnis

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen ein Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht umfaßten Hilfsmittel aufzuführen und die dafür vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise anzugeben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Die Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer sind vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses anzuhören.

SIEBTER ABSCHNITT

Beziehungen zu Apotheken und Arzneimittelherstellern

§ 138

Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

(1) Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zur

1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,
2. Abgabe auch von preisgünstigen importierten Arzneimitteln,
3. Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und
4. Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker können in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere regeln.

(3) Der Rahmenvertrag nach Absatz 2 hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie

1. einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, daß von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Apotheken haben, oder
2. dem Rahmenvertrag beitreten.

(4) Im Rahmenvertrag nach Absatz 2 ist zu regeln, welche Maßnahmen die Vertragspartner auf Landesebene ergreifen können, wenn Apotheken gegen ihre Verpflichtungen nach Absatz 1, 2 oder 5 verstoßen. Bei gröblichen und wiederholten Verstößen ist vorzusehen, daß Apotheken von der Versorgung der Versicherten bis zur Dauer von zwei Jahren ausgeschlossen werden können.

(5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene ergänzende Verträge schließen. Absatz 3 gilt entsprechend.

(6) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit nach Anhörung der Vertragsparteien das Nähere über die Verpflichtungen nach Absatz 1 für eine wirtschaftliche und preisgünstige Abgabe verordneter Arzneimittel durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates regeln, wenn der Rahmenvertrag nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustandekommt.

§ 139

Rabatt

(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert.

(2) Ist für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 festgesetzt, bemißt sich der Abschlag nach dem Festbetrag.

(3) Die Gewährung des Abschlags setzt voraus, daß die Rechnung des Apothekers innerhalb von zehn Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse beglichen wird. Das Nähere regelt der Rahmenvertrag nach § 138.

§ 140

Rahmenverträge mit Arzneimittelherstellern

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Arzneimittelhersteller auf Bundesebene können einen Vertrag über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung schließen.

(2) Der Vertrag kann sich erstrecken auf

1. die Bestimmung therapiegerechter und wirtschaftlicher Packungsgrößen und die Ausstattung der Packungen,
2. Maßnahmen zur Erleichterung der Erfassung und Auswertung von Arzneimittelpreisdaten, Arzneimittelverbrauchsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten einschließlich des Datenaustausches, insbesondere für die Ermittlung der Preisvergleichsliste (§ 100 Abs. 2) und die Festsetzung von Festbeträgen.

(3) § 138 Abs. 3 gilt für die Arzneimittelhersteller entsprechend.

ACHTER ABSCHNITT**Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern**

§ 141

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe

(1) Die Krankenkasse kann zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege und von Haushaltshilfe geeignete Personen anstellen. Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen.

(2) Die Krankenkasse hat darauf zu achten, daß die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht

werden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen.

§ 142

Versorgung mit Krankentransportleistungen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen Verträge über die Vergütung von Kranken- und Rettungstransporten mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Sie haben die Empfehlungen der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen bei Kranken- und Rettungstransporten durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme von Fahrkosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Transportleistungen beschränken, wenn

1. Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung bestehen oder
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung von Transportleistungen nach Absatz 1 hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtung bedingt sind.

(3) Absatz 1 gilt auch für Krankentransportleistungen im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

§ 143

Vergütung von Hebammenleistungen

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger, soweit diese Leistungen von der Leistungspflicht der Krankenversicherung umfaßt sind. In der Verordnung sind auch die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkasse zu regeln. Hebammen und Entbindungspfleger sind nicht berechtigt, weitergehende Ansprüche an die Versicherte zu stellen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Hebammen und Entbindungspfleger sind vor der Vergütungsfestsetzung zu hören.

NEUNTER ABSCHNITT

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 144

Qualitätssicherung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der kassen- und vertragsärztlichen und kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

(2) Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sowie die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der kassen- und vertragsärztlichen und kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.

(4) Die Vertragspartner der kassenzahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene sowie die Vertragspartner der vertragszahnärztlichen Versorgung haben auch einheitliche Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz sowie die Dauer der Gewährleistung, die ein Jahr nicht unterschreiten darf, zu vereinbaren.

(5) Die an der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte, die zahntechnische Leistungen in praxiseigenen Labors erbringen, haben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Angaben zur personellen und technischen Ausstattung des Labors mitzuteilen. Auf Verlangen sind die Angaben den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden zu übermitteln.

(6) Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt nach Anhörung der maßgeblichen Verbände des Zahntechnikerhandwerks in den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Maßstäbe und Grundsätze für die Auswahl ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Dentallegierungen durch den Kassenzahnarzt. Soweit erforderlich,

kann er auch entsprechende Qualitätsanforderungen für die Dentallegierungen festlegen.

§ 145

Qualitätsprüfung im Einzelfall

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Qualität der in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben prüfen, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen entwickeln in Richtlinien nach § 100 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Absatz 1 gilt auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte (§ 124), der Polikliniken (§ 125) und der Einrichtungen nach § 126.

§ 146

Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Die nach § 116 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 119 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 120 und für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 119 geregelt. In den Verträgen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind. Für das Prüfungsverfahren bei Krankenhäusern gilt § 121.

§ 147

Neue Heilmittel

Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

§ 148

Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich sollen zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit

Hilfsmitteln für bestimmte Hilfsmittel Qualitätsstandards entwickeln. Die Qualitätsstandards sind im Hilfsmittelverzeichnis nach § 137 zu veröffentlichen.

(2) Voraussetzung der Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis ist, daß der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheidet eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannte Stelle des Medizinischen Dienstes.

ZEHNTER ABSCHNITT

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

§ 149

Eigeneinrichtungen

(1) Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben.

(2) Sie dürfen neue Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der gesundheitlichen Vorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können.

FÜNFTES KAPITEL

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 150

Konzertierte Aktion

(1) Die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

und stimmen diese miteinander ab (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Auf der Grundlage der medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben, insbesondere hinsichtlich des Abbaus von Überversorgung und des Ausgleichs von Unterversorgung, zu bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

(2) Die Konzertierte Aktion gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. Die Empfehlungen können für die Dauer eines Jahres oder für einen längeren Zeitraum abgegeben werden. In den Empfehlungen sind die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden wer-

den, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, der Zahnärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie der Bundesminister für Wirtschaft sind zu beteiligen.

§ 151

Unterstützung der Konzertierten Aktion

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann einen Sachverständigenrat berufen, der die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt.

SECHSTES KAPITEL

Organisation der Krankenkassen

ERSTER ABSCHNITT

Arten der Krankenkassen

ERSTER TITEL

Ortskrankenkassen

§ 152

Bezirke der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für örtliche Bezirke, in der Regel für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise.

(2) Die Landesregierung kann durch Rechtsverordnung die Bezirke der Ortskrankenkassen den Grenzen der Gebietskörperschaften anpassen. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

§ 153

Freiwillige Vereinigung

(1) Ortskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) Die beteiligten Krankenkassen fügen dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung und einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe sowie eine Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten bei.

(3) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(4) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

§ 154

Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Ortskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen, wenn

1. der Bedarfssatz der antragstellenden Krankenkasse den landesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Ortskrankenkassen um mehr als 12,5 vom Hundert überschritten hat,
2. ein Finanzausgleich nach § 275 bei der antragstellenden Krankenkasse zu einem Beitragssatz führen würde, der den durchschnittlichen Beitragssatz aller Ortskrankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs um mehr als 12,5 vom Hundert übersteigt, und
3. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

(2) Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 278 ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 279 Satz 4 Nr. 1 und 2 genannten Beträge im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen und die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 279 Satz 1.

§ 155

Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag

(1) Werden Ortskrankenkassen nach § 154 vereinigt, legen sie der Aufsichtsbehörde eine Satzung, einen Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe und eine Vereinbarung über die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und die Vereinbarung, beruft die Mitglieder der Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

(3) Mit diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Krankenkassen geschlossen. Die neue Krankenkasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen ein.

(4) Kommen die beteiligten Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 nicht innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nach, setzt die Aufsichtsbehörde die Satzung fest, bestellt die Mitglieder der Organe, regelt die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zu Dritten und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Vereinigung wirksam wird. Absatz 3 gilt.

ZWEITER TITEL

Betriebskrankenkassen

§ 156

Voraussetzungen Errichtung

(1) Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn

1. in diesen Betrieben regelmäßig mindestens vierhundertfünfzig Versicherungspflichtige beschäftigt werden,
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist und
3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.

(2) Der Arbeitgeber bestellt auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen. Nicht bestellt werden dürfen Personen, die bei der Führung der Geschäfte im Personalbereich des Betriebes oder Dienstbetriebes tätig sein dürfen.

§ 157

Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 156 Abs. 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht vierhundertfünfzig Mitglieder haben wird. Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der abstimmenden im Betrieb beschäftigten volljährigen Arbeitnehmer, die der Krankenkasse nach der Errichtung angehören oder angehören können. Die Aufsichtsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde leitet die Abstimmung. Die Abstimmung ist geheim.

(3) Der Arbeitgeber hat dem Antrag auf Genehmigung eine Satzung beizufügen. Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Satzung und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Errichtung wirksam wird.

§ 158

Ausdehnung auf weitere Betriebe

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. § 156 Abs. 1 Nr. 3 und § 157 gelten entsprechend.

§ 159

Freiwillige Vereinigung

(1) Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse vereinigen. Das gleiche gilt für Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber, wenn die Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) § 153 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 160

Ausscheiden von Betrieben

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, kann jeder beteiligte Arbeitgeber beantragen, mit seinem Betrieb aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse auszuscheiden.

(3) Über den Antrag auf Ausscheiden des Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 161

Auflösung

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn die Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 162

Schließung

Eine Betriebskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. der Betrieb schließt, für den sie errichtet worden ist,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 163

Auseinandersetzung

Treten wegen des Ausscheidens eines Betriebes aus einer Betriebskrankenkasse oder wegen der Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse Mitglieder dieser Krankenkasse zu anderen Krankenkassen über, findet eine Auseinandersetzung über das Vermögen statt. Beim Ausscheiden kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn die beteiligten Krankenkassen dies beantragen. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Krankenkasse.

§ 164

Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

(1) Der Vorstand einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse wickelt die Geschäfte ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Betriebskrankenkasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden, wenn die Bekanntmachung einen entsprechenden Hinweis enthält. Bekannte Gläubiger sind unter Hinweis auf diese Folgen zur Anmeldung besonders aufzufordern. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Ansprüche aus der Versicherung sowie für Forderungen aufgrund zwischen- oder überstaatlichen Rechts.

(3) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, ist es auf die Krankenkassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder. Die Sätze 1 und 2 gelten auch im Fall des Ausscheidens nach § 160.

(4) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Arbeitgeber die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Arbeitgeber beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht

das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

§ 165

Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die §§ 156 bis 164 Abs. 4 Satz 2 gelten entsprechend für Dienstbetriebe von Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände oder der Gemeinden. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Verwaltung.

DRITTER TITEL

Innungskrankenkassen

§ 166

Errichtung

(1) Eine oder mehrere Handwerksinnungen können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, eine Innungskrankenkasse errichten.

(2) Eine Innungskrankenkasse darf nur errichtet werden, wenn

1. in den Handwerksbetrieben der Mitglieder der Handwerksinnung regelmäßig mindestens vierhundertfünfzig Versicherungspflichtige beschäftigt werden,
2. ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist und
3. sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet.

§ 167

Verfahren bei Errichtung

(1) Die Errichtung der Innungskrankenkasse bedarf der Genehmigung der nach der Errichtung zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn eine der in § 166 genannten Voraussetzungen nicht vorliegt oder die Krankenkasse zum Errichtungszeitpunkt nicht vierhundertfünfzig Mitglieder haben wird. Die Aufsichtsbehörde gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

(2) Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Innungsversammlung sowie des Gesellenausschusses der Handwerksinnung.

(3) Für das Verfahren gilt § 157 Abs. 2 Satz 2 und 3 und Abs. 3 entsprechend. An die Stelle des Arbeitgebers tritt die Handwerksinnung.

§ 168

Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

(1) Wird eine Handwerksinnung, die allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen eine Innungskrankenkasse errichtet hat (Trägerinnung), mit einer anderen Handwerksinnung vereinigt, für die keine Innungskrankenkasse besteht, so gehören die in den Betrieben der anderen Handwerksinnung versicherungspflichtigen Beschäftigten der Innungskrankenkasse an, wenn der Gesellenausschuß der vereinigten Handwerksinnung zustimmt; § 166 Abs. 2 Nr. 2 und 3 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Trägerinnung ihren Zuständigkeitsbereich örtlich oder sachlich erweitert. § 167 gilt entsprechend.

(2) Wird auf Grund von Änderungen des Handwerksrechts der Kreis der Innungsmitglieder einer Trägerinnung verändert, hat die zuständige Aufsichtsbehörde den Mitgliederkreis der Innungskrankenkasse entsprechend anzupassen. Sind von der Anpassung mehr als 450 Beschäftigte von Innungsmitgliedern der Trägerinnung betroffen, gelten die §§ 166, 167 entsprechend.

(3) Erstreckt sich die Innungskrankenkasse nach der Anpassung über die Bezirke mehrerer Aufsichtsbehörden, trifft die Entscheidung nach Absatz 2 die Aufsichtsbehörde, die nach der Anpassung zuständig ist. Sie gibt den betroffenen Ortskrankenkassen Gelegenheit, sich zu äußern.

§ 169

Vereinigung von Innungskrankenkassen

(1) Innungskrankenkassen können sich auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen miteinander vereinigen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde. Für das Verfahren gilt § 153 Abs. 2 bis 4 entsprechend.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Trägerinnungen vereinigen. Für das Verfahren gilt § 155 entsprechend.

(3) Die Landesregierung kann auf Antrag einer Innungskrankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Innungskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Innungskrankenkassen und ihrer Landesverbände vereinigen. Die §§ 154 und 155 gelten entsprechend.

§ 170

Ausscheiden einer Handwerksinnung

Eine Handwerksinnung kann das Ausscheiden aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. Über den Antrag auf Ausscheiden entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem das Ausscheiden wirksam wird.

§ 171

Auflösung

Eine Innungskrankenkasse kann auf Antrag der Innungsversammlung nach Anhörung des Gesellenausschusses, eine gemeinsame Innungskrankenkasse auf Antrag aller Innungsversammlungen nach Anhörung der Gesellenausschüsse aufgelöst werden, wenn die Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder zustimmt. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 172

Schließung

Eine Innungskrankenkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn

1. die Handwerksinnung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Handwerksinnungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen oder
3. ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 173

**Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte,
Haftung bei Verpflichtungen,
Dienststörungsangestellte**

(1) Bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen gelten die §§ 163 und 164 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat die Handwerksinnung die Verpflichtungen zu erfüllen. Sind mehrere Handwerksinnungen beteiligt, haften sie als Gesamtschuldner. Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Landesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Besteht kein Landesverband mehr, hat der Bundesverband der Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen.

(2) Die Versorgungsansprüche der am Tage der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse vorhandenen Versorgungsempfänger und ihrer Hinterbliebenen bleiben unberührt.

(3) Die dienststörungsmäßigen Angestellten sind verpflichtet, eine vom Landesverband der Innungskrankenkassen nachgewiesene dienststörungsmäßige Stellung bei ihm oder einer anderen Innungskrankenkasse anzutreten, wenn die Stellung nicht in auffälligem Mißverhältnis zu den Fähigkeiten der Angestellten steht. Entstehen hierdurch geringere Besoldungs- oder Versorgungsansprüche, sind diese aus-

zugleich. Den übrigen Beschäftigten ist bei dem Landesverband der Innungskrankenkassen oder einer anderen Innungskrankenkasse eine Stellung anzubieten, die ihnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und bisherigen Dienststellung zuzumuten ist.

(4) Die Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach Absatz 3 untergebracht werden, enden mit dem Tage der Auflösung oder Schließung. Vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkt zu kündigen, werden hierdurch nicht berührt.

(5) Für die Haftung aus den Verpflichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 gilt Absatz 1 entsprechend.

VIERTER TITEL**See-Krankenkasse**

§ 174

Errichtung, Organe

(1) Die See-Krankenversicherung wird von der Seekasse (§ 1375 der Reichsversicherungsordnung) in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Krankenkasse durchgeführt.

(2) Die Vertreterversammlung der Seekasse erläßt für die See-Krankenkasse eine eigene Satzung, nach der die Organe der Seekasse die See-Krankenkasse verwalten.

(3) Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Krankenkasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Das für die See-Krankenkasse bestimmte Vermögen darf nur für deren Zwecke verwendet werden.

(4) Die Versicherten der See-Krankenkasse erhalten die ihnen zustehenden Leistungen im Auftrage und für Rechnung dieser Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnortes, soweit sie nicht durch die See-Krankenkasse selbst gewährt werden. Die Satzung kann bestimmen, daß andere Krankenkassen mit der Leistungsgewährung beauftragt werden. Hat die See-Krankenkasse eigene Verträge geschlossen, sind diese maßgebend; im übrigen gelten die Verträge der beauftragten Krankenkasse. Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Krankenkasse neben den Leistungsaufwendungen 5 vom Hundert dieses Betrages als Verwaltungskosten zu erstatten. § 91 Abs. 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

FÜNFTER TITEL**Landwirtschaftliche Krankenkassen**

§ 175

Landwirtschaftliche Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die in § 18 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vorgesehenen Krankenkassen.

sen. Es gelten die Vorschriften des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

SECHSTER TITEL
Bundesknappschaft

§ 176

Bundesknappschaft

Die knappschaftliche Krankenversicherung wird von der Bundesknappschaft durchgeführt. Es gelten die Vorschriften dieses Buches sowie ergänzend die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes für die knappschaftliche Krankenversicherung einschließlich der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

SIEBTER TITEL
Ersatzkassen

§ 177

Ersatzkassen

(1) Ersatzkassen sind Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft nicht kraft Gesetzes, sondern durch Ausübung des Wahlrechts erlangen.

(2) Eine Ersatzkasse darf nur solche Personen aufnehmen, die im Zeitpunkt der Aufnahme zu dem Mitgliederkreis gehören, den die Satzung in der am 1. Januar 1974 von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fassung festgeschrieben hat und der durch Artikel 1 § 1 Nr. 22 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), durch Artikel 1 § 4 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), durch § 51 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705) sowie zuletzt durch dieses Buch erweitert worden ist. Voraussetzung für die Aufnahme ist, daß diese Personen in dem durch die Satzung bestimmten Bezirk wohnen oder arbeiten.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Mitgliederkreis entsprechend ändern, wenn die Berufsbilder der Mitglieder geändert werden, oder ihn bei betriebsartenbezogenen Ersatzkassen genauer bestimmen, wenn sich ohne eine solche Klarstellung Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben.

§ 178

Auflösung

Eine Ersatzkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung mit einer Mehrheit von mehr als drei Vierteln der stimmberechtigten Mitglieder aufgelöst werden. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Auflösung wirksam wird.

§ 179

Schließung

Eine Ersatzkasse wird von der Aufsichtsbehörde geschlossen, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Schließung wirksam wird.

§ 180

Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

Bei Auflösung und Schließung gelten die §§ 163 und 164 Abs. 1 bis 3 entsprechend. Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, hat der Verband, dem die Ersatzkasse angehörte, die Verpflichtungen zu erfüllen.

ACHTER TITEL

Anhörung bei organisatorischen Änderungen

§ 181

Anhörungsrecht der Verbände

Vor Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören.

ZWEITER ABSCHNITT

Zuständigkeit und Wahlrechte

ERSTER TITEL

Zuständigkeit der Krankenkassen

§ 182

Zuständigkeit der Ortskrankenkassen

Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Ortskrankenkasse, wenn in den folgenden Vorschriften, im Arbeitsförderungsgesetz oder im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte nichts Abweichendes bestimmt ist. Für versicherungspflichtig Beschäftigte ist die Ortskrankenkasse des Beschäftigungsorts, für andere Versicherungspflichtige die Ortskrankenkasse des Wohnorts zuständig.

§ 183

Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen

Versicherungspflichtige, die in einem Betrieb oder Dienstbetrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Betriebskrankenkasse.

§ 184

Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

(1) Versicherungspflichtige, die in einem Handwerksbetrieb eines Mitglieds einer Handwerksinnung beschäftigt sind, für die eine Innungskrankenkasse besteht, sind Mitglieder dieser Innungskrankenkasse. § 183 bleibt unberührt.

(2) Tritt ein Handwerker einer Handwerksinnung bei, für die eine Innungskrankenkasse besteht, beginnt die Mitgliedschaft der in seinem Handwerksbetrieb versicherungspflichtig Beschäftigten bei dieser Innungskrankenkasse mit dem Tage des Beitritts zur Handwerksinnung. Scheidet ein Handwerker aus der Handwerksinnung aus oder verlegt er seinen Handwerksbetrieb aus dem Innungsbezirk hinaus, endet die Mitgliedschaft der bei ihm versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Innungskrankenkasse.

§ 185

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches und
2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie bei der See-Berufgenossenschaft gegen Unfall versichert sind,

sowie ferner

3. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
4. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

§ 186

Zuständigkeit der Bundesknappschaft

Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind die in einem knappschaftlichen Betrieb Beschäftigten sowie die Beschäftigten, die nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder nach anderen Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind.

§ 187

Zuständigkeit für Mehrfachbeschäftigte

Stehen versicherungspflichtig Beschäftigte gleichzeitig in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, für die verschiedene Krankenkassen zuständig sind, richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden

Beschäftigung. Im Zweifel ist das Beschäftigungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.

§ 188

Zuständigkeit für unständig Beschäftigte

(1) Personen, die berufsmäßig unständigen Beschäftigungen nachgehen, in denen sie versicherungspflichtig sind (unständig Beschäftigte), gehören der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse an.

(2) Unständig ist die Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache befristet zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag befristet ist.

§ 189

Zuständigkeit für Beschäftigte bei einer Krankenkasse

(1) Die bei einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer sind Mitglieder dieser Krankenkasse.

(2) Die bei einer Ersatzkasse beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer können Mitglieder dieser Ersatzkasse werden.

§ 190

Zuständigkeit für besondere Personengruppen

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 10 versicherungspflichtigen Jugendlichen, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Behinderten, Studenten und Praktikanten gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren.

§ 191

Zuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller

(1) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Personen (versicherungspflichtige Rentner) und die in § 198 genannten Rentenantragsteller gehören der Krankenkasse an, bei der sie zuletzt versichert waren, soweit Absatz 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Rentner und Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist.

(3) Wird eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, gehören ihr auch versicherungspflichtige Rentner an, die während ihres letzten Beschäftigungsverhältnisses Mitglieder dieser Krankenkasse gewesen wären, wenn sie bereits bestanden hätte.

Satz 1 gilt auch für die versicherten Hinterbliebenen.

ZWEITER TITEL

Wahlrechte der Mitglieder

§ 192

Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte

(1) Versicherungspflichtig Beschäftigte, für die eine Orts-, Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse wählen, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf. Mitglied der gewählten Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu diesem Mitgliederkreis verliert.

(2) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der Ersatzkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(3) Der Beschäftigte hat dem Arbeitgeber unverzüglich die Wahl der Ersatzkasse mitzuteilen. Diese hat dem Arbeitgeber den Beginn der Mitgliedschaft unverzüglich und kostenlos zu bescheinigen.

(4) Mitglieder von Ersatzkassen können die Mitgliedschaft bei der zuständigen Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen.

(5) Wird das Wahlrecht innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt und dies dem Arbeitgeber mitgeteilt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats. Scheidet ein versicherungspflichtig Beschäftigter aus einer Krankenkasse aus, hat diese dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen das Ende der Mitgliedschaft schriftlich mitzuteilen.

§ 193

Wahlrechte besonderer Personengruppen

(1) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen und Behinderte können die Mitgliedschaft bei

1. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
2. der Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist,
3. der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist, oder

4. jeder Ersatzkasse wählen.

(2) Versicherungspflichtige Studenten können die Mitgliedschaft bei der für den Sitz der Hochschule

oder der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder bei einer Ersatzkasse für Angestellte wählen.

(3) Versicherungspflichtige Rentner können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt, die Mitgliedschaft bei

1. ihrer früheren Krankenkasse wählen, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Krankenkasse zuständig ist,
2. einer Ersatzkasse wählen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder dieser Ersatzkasse hätten sein können.

Absatz 1 Nr. 1 und 3 gilt entsprechend.

(4) Hinterbliebene können frühestens nach Ablauf des Monats, in dem der die Rente gewährende Bescheid bekanntgegeben wird, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wählen, bei der die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt Mitglied war, soweit Absatz 5 nichts Abweichendes bestimmt.

(5) Versicherungspflichtige Rentner und Hinterbliebene, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, können die Mitgliedschaft bei

1. der Krankenkasse wählen, bei der sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt vor Rentenanspruchstellung versichert waren, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenanspruchstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied bei der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht,
2. der Krankenkasse wählen, bei der der Ehegatte versichert ist.

(6) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(7) Wird das Wahlrecht innerhalb eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Eintritt der Versicherungspflicht. Wird das Wahlrecht später ausgeübt, beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

(8) Bei versicherungspflichtigen Rentnern beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse abweichend von Absatz 7 Satz 1 mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden übernächsten Monats.

§ 194

Wahlrecht für freiwillige Mitglieder

(1) Freiwillige Mitglieder können Mitglied der Krankenkasse bleiben, der sie vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört haben.

(2) Beitrittsberechtigte nach § 9 und freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft wählen bei

1. der Krankenkasse, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären,
2. der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse,
3. der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist,
4. der Krankenkasse, bei der unmittelbar vor Beginn der freiwilligen Versicherung eine Versicherung nach § 10 bestand, oder
5. einer Ersatzkasse, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.

(3) Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

DRITTER ABSCHNITT

Mitgliedschaft und Verfassung

ERSTER TITEL

Mitgliedschaft

§ 195

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(2) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 188 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse die Versicherungspflicht feststellt. Beruht die Feststellung auf einer Meldung des Mitglieds nach § 16 Abs. 1 des Künstlersozialversicherungsgesetzes, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Eingangs der Meldung, frühestens mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind. Bei einer Versicherung auf Antrag nach § 6 Abs. 3 des Künstlersozialversicherungsgesetzes beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tag des Eingangs des Antrages.

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Behinderter beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für Behinderte, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.

(8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.

§ 196

Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse beginnt für Versicherungspflichtige, für die diese Krankenkasse zuständig ist, mit dem Zeitpunkt, an dem die Errichtung der Krankenkasse wirksam wird.

§ 197

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

§ 198

Mitgliedschaft von Rentenantragstellern

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs. Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Absatz 1 gilt nicht, wenn die Person nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig ist.

§ 199

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis endet.

(3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 3 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt.

(4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.

(5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tag, an dem die Künstlersozialkasse feststellt, daß das Mitglied nicht mehr versicherungspflichtig ist. Sie endet ohne diese Feststellung mit dem Beginn des Tages, an dem nach § 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes Versicherungsfreiheit eintritt.

(6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen Behinderten in anerkannten Werkstätten für Behinderte, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.

(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet sieben Monate nach Beginn des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, spätestens mit der Exmatrikulation.

(10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tage der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,

2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(12) Bei einer Ersatzkasse endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu den in den Absätzen 2 bis 11 genannten Zeitpunkten nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Absatz 3 Satz 2 gilt.

§ 200

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden, oder
4. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt.

§ 201

Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

1. das Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht, längstens für einen Monat, im Falle eines rechtmäßigen Arbeitskampfes bis zu dessen Beendigung,
2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz bezogen wird oder
3. von einem Rehabilitationsträger während einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

§ 202

**Fortbestehen der Mitgliedschaft
bei Wehrdienst oder Zivildienst**

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes nicht unterbrochen.

(2) Bei Versicherungspflichtigen, die nicht unter Absatz 1 fallen, sowie bei freiwilligen Mitgliedern berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes eine bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Zivildienst entsprechend.

**ZWEITER TITEL
Satzung, Organe**

§ 203

Satzung der Krankenkassen

(1) Die Satzung muß insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. Namen und Sitz der Krankenkasse,
2. Bezirk der Krankenkasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen, soweit sie nicht durch Gesetz bestimmt sind,
4. Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
8. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder,
9. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
11. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzung darf keine Bestimmungen enthalten, die den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen. Sie darf Leistungen nur vorsehen, soweit dieses Buch sie zuläßt.

§ 204

Genehmigung der Satzung

(1) Die Satzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(2) Ergibt sich nachträglich, daß eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, kann die Aufsichtsbehörde anordnen, daß die Krankenkasse innerhalb einer bestimmten Frist die erforderliche Änderung vornimmt. Kommt die Krankenkasse der Anordnung nicht innerhalb dieser Frist nach, kann die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung anstelle der Krankenkasse selbst vornehmen.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.

§ 205

Einsichtnahme in die Satzung

(1) Die geltende Satzung kann in den Geschäftsräumen der Krankenkasse während der üblichen Geschäftsstunden eingesehen werden.

(2) Jedes Mitglied erhält unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung, über Beitrittsrechte sowie die von der Krankenkasse zu gewährenden Leistungen und über die Beiträge.

§ 206

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung hat insbesondere

1. die Satzung und sonstiges autonomes Recht zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. über die Entlastung des Vorstands und des Geschäftsführers wegen der Jahresrechnung zu beschließen,
4. die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten,
5. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen und
6. über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen.

VIERTER ABSCHNITT

Meldungen

§ 207

**Meldepflicht des Arbeitgebers
für versicherungspflichtig Beschäftigte**

Der Arbeitgeber hat die versicherungspflichtig Beschäftigten nach den §§ 28 a bis 28 c des Vierten Buches an die zuständige Krankenkasse zu melden.

§ 208

Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

(1) Unständig Beschäftigte haben der nach § 188 Abs. 1 zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der berufsmäßigen Ausübung von unständigen Beschäftigungen unverzüglich zu melden. Der Arbeitgeber hat die unständig Beschäftigten auf ihre Meldepflicht hinzuweisen.

(2) Gesamtbetriebe, in denen regelmäßig unständig Beschäftigte beschäftigt werden, haben die sich aus diesem Buch ergebenden Pflichten der Arbeitgeber zu übernehmen. Welche Einrichtungen als Gesamtbetriebe gelten, richtet sich nach Landesrecht.

§ 209

**Meldepflichten bei sonstigen
versicherungspflichtigen Personen**

(1) Eine Meldung nach § 28 a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

1. für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder in Einrichtungen für Behinderte tätig sind, der Träger dieser Einrichtung,
2. für Personen, die wegen berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation Übergangsgeld beziehen, der zuständige Rehabilitationsträger,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, der zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichtete.

§ 28 a Abs. 5 sowie die §§ 28 b und 28 c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) Die staatlichen und die staatlich anerkannten Hochschulen haben versicherungspflichtige Studenten, die Ausbildungsstätten versicherungspflichtige Praktikanten der zuständigen Krankenkasse zu melden. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der Meldungen sowie das Nähere über das Meldeverfahren.

§ 210

**Meldepflichten bei Rentenantragstellung
und Rentenbezug**

(1) Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen. Der Rentenversicherungsträger hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene nach § 193 Abs. 3, 4 oder 5 eine andere Krankenkasse, hat die Krankenkasse, die die Erklärung entgegennimmt, dies der bisher zuständigen Krankenkasse mitzuteilen.

(3) Nehmen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Krankenkasse zuständig ist, hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse dies der bisher zuständigen Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(4) Der Rentenversicherungsträger hat der zuständigen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,
2. den Tag der Rücknahme des Rentenantrages,
3. bei Ablehnung des Rentenantrages den Tag, an dem über den Rentenantrag verbindlich entschieden worden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und Ruhen der Rente sowie
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

(5) Wird der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, hat die Krankenkasse dies dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht aus einem anderen Grund als den in Absatz 4 Nr. 4 genannten Gründen endet.

§ 211

Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Die Zahlstelle der Versorgungsbezüge hat die zuständige Krankenkasse zu ermitteln und ihr Beginn, Ende, Höhe und Veränderungen der Versorgungsbezüge unverzüglich zu melden. Die Krankenkasse hat der Zahlstelle der Versorgungsbezüge und dem Bezieher von Versorgungsbezügen unverzüglich die Beitragspflicht des Versorgungsempfängers und den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen mitzuteilen. Die Krankenkasse kann mit der Zahlstelle der Versorgungsbezüge Abweichendes vereinbaren.

§ 212

Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld

Die Zahlstelle des Erziehungsgeldes nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz hat der zuständigen Krankenkasse Beginn und Ende der Zahlung des Erziehungsgeldes unverzüglich mitzuteilen.

§ 213

Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen das Arbeitsamt den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 4 des Wehrpflichtgesetzes hat der Bundesminister der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. An die Stelle des Bundesministers der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 214

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,
2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge sowie
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 215

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht er-

heblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

SIEBTES KAPITEL**Verbände der Krankenkassen**

§ 216

Bildung und Vereinigung von Landesverbänden

(1) In jedem Land bilden

die Ortskrankenkassen einen Landesverband der Ortskrankenkassen,

die Betriebskrankenkassen einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,

die Innungskrankenkassen einen Landesverband der Innungskrankenkassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen gehören vorbehaltlich des § 221 Abs. 1 Satz 2 dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben. Andere Krankenkassen können den Landesverbänden beitreten.

(2) Bestehen in einem Land am 1. Januar 1989 mehrere Landesverbände, bestehen diese fort, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ihre Zustimmung nicht bis zum 31. Dezember 1989 versagt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können ihre Zustimmung nach Satz 1 unter Einhaltung einer einjährigen Frist zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen. Versagen oder widerrufen sie die Zustimmung, regeln sie die Durchführung der erforderlichen Organisationsänderungen.

(3) Für den Fortbestand länderübergreifender Landesverbände gilt Artikel 3 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen.

(4) Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art, nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

(5) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können sich Landesverbände der gleichen Krankenkassenart zu einem Verband zusammenschließen. Das gilt auch, wenn die Landesverbände ihren Sitz in verschiedenen Ländern haben.

Aufsicht
Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen,
Geschäftsführer, Statistiken

(1) Die Landesverbände unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) Für die Aufsicht gelten die §§ 87 bis 89 des Vierten Buches. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5, §§ 72 bis 77 Abs. 1, §§ 78 und 79 Abs. 1 und 2, für das Vermögen die §§ 80 und 85 und für den Geschäftsführer § 31 Abs. 1 Satz 2, § 36 Abs. 2 Satz 1 und § 37 Abs. 2 des Vierten Buches. Für das Verwaltungsvermögen gilt § 272 entsprechend.

§ 218

Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände

(1) Bei den Landesverbänden der Krankenkassen werden als Selbstverwaltungsorgane je eine Vertreterversammlung und ein Vorstand nach näherer Bestimmung ihrer Satzungen gebildet. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände müssen alle Mitgliedskassen vertreten sein. Umfaßt der Landesverband mehr als fünfzig Mitgliedskassen, kann die Satzung Abweichendes bestimmen.

(2) Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. Die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane muß in einem angemessenen Verhältnis zur Mitgliederzahl und den Aufgaben der Landesverbände stehen.

(3) Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen aus deren Reihen gewählt.

(4) Für die Selbstverwaltungsorgane, die Geschäftsführer und die gewählten Stellvertreter der Geschäftsführer gilt § 206 Nr. 5 und 6 entsprechend. § 33 Abs. 1 und 2, § 35 Abs. 1 und 2, § 36 Abs. 1, § 37 Abs. 1, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 3, § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, die §§ 58, 59, 62, 63 Abs. 1, 3 und 4, § 64 Abs. 3 und § 66 Abs. 1 des Vierten Buches sowie § 15 Abs. 6 und 7 des Selbstverwaltungsgesetzes gelten entsprechend.

§ 219

Satzung der Landesverbände

(1) Jeder Landesverband hat durch seine Vertreterversammlung eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes,
2. Zahl und Wahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane und ihrer Vertreter,
3. Entschädigungen für Organmitglieder,
4. Öffentlichkeit der Vertreterversammlung,
5. Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen,
6. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
8. Art der Bekanntmachungen.

§ 34 Abs. 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Satzung muß ferner Bestimmungen darüber enthalten, daß die von den Bundesverbänden abzuschließenden Verträge und die Richtlinien nach den §§ 100, 144 Abs. 3 und § 290 für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind.

§ 220

Aufgaben der Landesverbände

(1) Die Landesverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Die Landesverbände unterstützen die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,
2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von der Mitgliedskasse hierzu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung der Mitgliedskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten,
5. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedskassen,
6. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedskassen Beschäftigten,
7. Arbeitstagen,
8. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren mit Wirkung für die Mitgliedskassen.

(3) Die Landesverbände sollen die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen.

krankenkassen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 155 entsprechend.

§ 231

Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen

(1) Decken bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben nicht, ist eine Erhöhung der Beiträge nur möglich, wenn ihr die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung jeweils mehrheitlich zustimmen.

(2) Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, setzt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag des Vorstands die Beiträge so fest, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben der Krankenkasse decken, oder schließt die Krankenkasse. Für das Verfahren bei Schließung gelten die §§ 163, 164 und 173 entsprechend. Bei Innungskrankenkassen kann die Aufsichtsbehörde auch die Krankenkasse mit anderen Innungskrankenkassen vereinigen. Für das Verfahren bei Vereinigung gilt § 169 entsprechend.

§ 232

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 233

Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld

Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

§ 234

Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Beitragsfrei ist ein Rentenantragsteller bis zum Beginn der Rente, wenn er

1. als hinterbliebener Ehegatte eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, Hinterbliebenenrente beantragt,
2. als Waise eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente beantragt oder
3. ohne die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 oder nach § 10 dieses Buches oder nach § 7 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert wäre.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. § 235 Abs. 2 gilt entsprechend.

ZWEITER TITEL

Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 235

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

(1) Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Dem Arbeitsentgelt steht das Vorruhestandsgeld gleich.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen.

(3) Soweit der Beitragsbemessung das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt wird, können die Beiträge auch nach dem Mittelbetrag der Lohnstufen der Lohnstufentabellen berechnet werden.

(4) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 201 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

§ 236

**Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt
als beitragspflichtige Einnahmen**

(1) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt versicherungspflichtig Beschäftigter ist dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem es gezahlt wird, soweit die Absätze 2 und 4 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Beendigung oder bei Ruhen des Beschäftigungsverhältnisses gezahlt wird, ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des laufenden Kalenderjahres zuzuordnen, auch wenn dieser nicht mit Arbeitsentgelt belegt ist.

(3) Das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt ist bei der Feststellung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts für versicherungspflichtig Beschäftigte zu berücksichtigen, soweit das bisher gezahlte beitragspflichtige Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht erreicht. Die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze ist der Teil der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraums entspricht, dem einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zuzuordnen ist; auszunehmen sind Zeiten, die nicht mit Beiträgen aus laufendem (nicht einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt belegt sind.

(4) In der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es vom Arbeitgeber dieses Entgeltabrechnungszeitraums gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 3 Satz 2 übersteigt. Satz 1 gilt nicht für nach dem 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, das nach Absatz 2 einem in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März liegenden Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen ist.

§ 237

Rente als beitragspflichtige Einnahmen

(1) Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten sowie Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne die darin enthaltenen Kinderzuschüsse.

(2) Bei der Beitragsbemessung sind auch Nachzahlungen einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen, soweit sie auf einen Zeitraum entfallen, in dem der Rentner Anspruch auf Leistungen nach diesem Buch hatte. Die Beiträge aus der Nachzahlung gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird.

§ 238

**Versorgungsbezüge als beitragspflichtige
Einnahmen**

(1) Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
 - a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
 - b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
 - c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
 - d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. laufende Geldleistungen und Landabgaberenten nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 237 Abs. 2 entsprechend.

§ 239

**Rangfolge der Einnahmearten
versicherungspflichtig Beschäftigter**

Erreicht das Arbeitsentgelt nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 240

Erstattung von Beiträgen

(1) Beiträge aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden dem Mitglied durch die Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt einschließlich des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts die anteilige Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben.

(2) Die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung werden dem Mitglied durch die zuständige Krankenkasse auf Antrag erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Rente zusammen mit den übrigen der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten hat. Der auf diese Beiträge entfallende Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, den das Mitglied zu seiner Rente erhalten hat, ist von dem Erstattungsbetrag abzuziehen. Die Satzung der Krankenkasse kann Näheres über die Durchführung der Erstattung bestimmen.

§ 241

Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter

(1) Für unständig Beschäftigte ist als beitragspflichtige Einnahmen ohne Rücksicht auf die Beschäftigungsdauer das innerhalb eines Kalendermonats erzielte Arbeitsentgelt bis zur Höhe von einem Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) zugrunde zu legen. Die §§ 235 bis 240 gelten.

(2) Bestanden innerhalb eines Kalendermonats mehrere unständige Beschäftigungen und übersteigt das Arbeitsentgelt insgesamt die genannte monatliche Bemessungsgrenze nach Absatz 1, sind bei der Berechnung der Beiträge die einzelnen Arbeitsentgelte anteilmäßig nur zu berücksichtigen, soweit der Gesamtbetrag die monatliche Bemessungsgrenze nicht übersteigt. Auf Antrag des Mitglieds oder eines Arbeitgebers verteilt die Krankenkasse die Beiträge nach den anrechenbaren Arbeitsentgelten.

§ 242

Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute

(1) Für Seeleute gilt als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts der einzelnen Klassen der Schiffsbesatzung und Schiffsgattungen sowie der auf den Kalendertag entfallende Teil des Vorruestandsgeldes. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen sich für Seeleute, die auf den Seeschiffen beköstigt werden, um ein Dreißigstel des nach § 842 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Durchschnittsatzes für Beköstigung.

(2) Ist für Seeleute ein monatlicher Durchschnittsverdienst nach § 842 der Reichsversicherungsordnung nicht festgesetzt, bestimmt die Satzung der See-Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen.

(3) § 235 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 237 bis 240 gelten entsprechend.

§ 243

Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten

(1) Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Mitglieder werden der Beitragsbemessung zunächst vorläufige beitragspflichtige Einnahmen aus der Tätigkeit als selbständiger Künstler und Publizist zugrunde gelegt. Als vorläufige beitragspflichtige Einnahmen gilt der dreihundertsechzigste Teil des voraussichtlichen Jahresarbeitseinkommens. Die endgültigen beitragspflichtigen Einnahmen sind nach Ablauf eines Kalenderjahres nach dem für dieses Kalenderjahr ermittelten Jahresarbeitseinkommen, mindestens jedoch nach dem in § 3 Abs. 1 des Künstlersozialversicherungsgesetzes genannten Jahresarbeitseinkommen festzustellen.

(2) § 235 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 237 bis 240 gelten entsprechend.

§ 244

Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation gilt als beitragspflichtige Einnahmen das Regelentgelt, das der Berechnung des Übergangsgelds zugrunde liegt. Das Entgelt ist um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder das Versorgungskrankengeld angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vomhundertsatz zu erhöhen. Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen der Betrag, der als Wert für freie Kost und Wohnung durch Verordnung auf Grund § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Vierten Buches festgesetzt ist.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 201 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 260 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach dem Regelentgelt zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgeldes, des Verletztengeldes oder des Versorgungskrankengeldes zugrunde liegt. Absatz 1 Satz 3 gilt.

(3) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherungspflichtigen Behinderten ist als beitragspflichtige Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen.

(4) § 235 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 237 bis 240 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 239 Satz 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.

§ 245

Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Dreißigstel des Betrags, der als monatlicher Bedarf nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Änderungen des Bedarfsbetrags sind vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

(2) § 235 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 237 bis 240 gelten entsprechend. Die nach § 235 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zu bemessenden Beiträge sind nur zu entrichten, soweit sie die nach Absatz 1 zu bemessenden Beiträge übersteigen.

§ 246

Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Bei versicherungspflichtigen Rentnern werden der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen und
3. das Arbeitseinkommen.

§ 235 Abs. 2 und die §§ 237, 238 und 240 gelten entsprechend.

§ 247

Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Erreicht der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 248

Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

Bei Rentenantragstellern wird die Beitragsbemessung für die Zeit der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente durch die Satzung geregelt. Dies gilt auch für Personen, bei denen die Rentenzahlung eingestellt wird, bis zum Ablauf des Monats, in dem die

Entscheidung über Wegfall oder Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist. § 249 gilt entsprechend.

§ 249

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt.

(2) Die Satzung der Krankenkasse muß mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Die §§ 232 und 236, § 237 Abs. 2, § 238 Abs. 2 und § 252 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Betrags aus der Rente nur der Zuschuß des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße.

(5) Die Satzung kann auch Beitragsklassen vorsehen.

DRITTER TITEL

Beitragssätze

§ 250

Allgemeiner Beitragssatz

Die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgesetzt wird. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Dieser Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.

§ 251

Erhöhter Beitragssatz

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Ver-

sicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu erhöhen.

§ 252

Ermäßigter Beitragssatz

(1) Besteht kein Anspruch auf Krankengeld oder beschränkt die Krankenkasse auf Grund von Vorschriften dieses Buches für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang der Leistungen, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

(2) Der auf Grund des ermäßigten Beitragssatzes zu zahlende Beitrag muß in vollem Umfang den Finanzierungsanteil an der Krankenversicherung der Rentner nach den §§ 279 und 281 sowie den Verwaltungskostenanteil enthalten. Beitragsabstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig.

§ 253

Ermäßigter Beitrag für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen wird der Beitrag für

1. Wehrdienstleistende nach § 202 Abs. 1 auf ein Drittel,
2. Wehrdienstleistende nach § 202 Abs. 2 auf ein Zehntel

des Beitrags ermäßigt, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. Dies gilt nicht für aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen zu bemessende Beiträge.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Verteidigung und dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministers der Verteidigung der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.

§ 254

Beitragssatz für Studenten und Praktikanten

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten gelten als Beitragssatz sieben Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen, den der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf

eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt vom Beginn des auf die Feststellung folgenden Wintersemesters an.

(2) Der Beitragssatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 198 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

§ 255

Beitragssatz für Künstler und Publizisten

(1) Der Bemessung der monatlich zu zahlenden vorläufigen Beiträge der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder ist der allgemeine Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse zugrunde zu legen.

(2) Der Bemessung der endgültigen Beiträge ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse im vergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen.

(3) Die nach Absatz 1 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Ablauf des Kalenderjahres bis zum 31. Juli des Folgejahres mit den nach Absatz 2 zu leistenden endgültigen Zahlungen auszugleichen.

§ 256

Beitragssatz aus der Rente

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

§ 257

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der zuständigen Krankenkasse. Gehört die Krankenkasse einem Landesverband an, gilt als Beitragssatz die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen im Landesverband. Der jeweils zum 1. Juli festgestellte Beitragssatz gilt für das folgende Kalenderjahr. Den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen in einem Landesverband stellt die für den Landesverband zuständige Aufsichtsbehörde fest.

(2) Absatz 1 gilt auch für freiwillige Mitglieder nach Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres,

wenn sie zu diesem Zeitpunkt versichert sind und seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren.

VIERTER TITEL

Tragung der Beiträge

§ 258

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

(1) Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 versicherungspflichtig Beschäftigten und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein

1. für Beschäftigte, deren monatliches Entgelt ein Zehntel der in der Rentenversicherung der Arbeiter für Monatsbezüge geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung) nicht übersteigt,
2. für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten.

§ 259

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) Versicherungspflichtige tragen die Beiträge allein

1. aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. aus den Versorgungsbezügen,
3. aus dem Arbeitseinkommen,
4. aus den beitragspflichtigen Einnahmen nach § 245 Abs. 1.

(2) Freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller sowie Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 201 Abs. 2 erhalten bleibt, tragen den Beitrag allein.

§ 260

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezuges von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 201 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 oder 6 versicherungspflichtigen Jugendlichen und Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen,
2. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen Behinderten, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt niedriger als der nach § 244 Abs. 3 maßgebliche Mindestbetrag ist; im übrigen gilt § 258 Abs. 1 entsprechend.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen Behinderten sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die Behinderten zuständigen Leistungsträgern zu erstatten.

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder.

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 202 Abs. 2 und 3.

FÜNFTER TITEL

Zahlung der Beiträge

§ 261

Beitragszahlung

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat.

§ 262

Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gelten die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den §§ 28 d bis 28 n und § 28 r des Vierten Buches.

§ 263

Beitragszahlung der Studenten

Versicherungspflichtige Studenten haben vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule die Beiträge für das Semester im voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die Satzung der Krankenkasse kann andere Zahlungsweisen vorsehen. Weist ein als Student zu Versicherender die Erfüllung der ihm gegenüber der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzbuches auferlegten Verpflichtungen nicht nach, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

§ 264

Beitragszahlung aus der Rente

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzube-

halten und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu zahlen. Die Beiträge sind von den Zuschüssen des Trägers der Rentenversicherung und, soweit sie die Zuschüsse übersteigen, von den Renten einzubehalten.

(2) Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Absatz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Abs. 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der zuständigen Krankenkasse. Der Träger der Rentenversicherung haftet mit dem Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung.

§ 265

Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

(1) Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, haben die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Die zu zahlenden Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Die Zahlstellen haben der Krankenkasse die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen. Bezieht das Mitglied Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge.

(2) § 264 Abs. 2 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zieht die Beiträge aus nachgezahlten Versorgungsbezügen ein. Sie erstattet auch die Beiträge.

(3) Die Krankenkasse überwacht die Beitragszahlung. Sind für die Überwachung der Beitragszahlung durch eine Zahlstelle mehrere Krankenkassen zuständig, haben sie zu vereinbaren, daß eine dieser Krankenkassen die Überwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt. § 98 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(4) Zahlstellen, die regelmäßig an weniger als dreißig beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen, können bei der zuständigen Krankenkasse beantragen, daß das Mitglied die Beiträge selbst zahlt.

ZWEITER ABSCHNITT

Beitragszuschüsse

§ 266

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit und

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches bei Krankheit entsprechen,

oder

2. als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind,

erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrages, den der Beschäftigte bei der Krankenkasse zu zahlen hätte, die bei Versicherungspflicht zuständig wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 oder 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 267

Beitragszuschüsse für Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation

Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist.

DRITTER ABSCHNITT

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 268

Mittel der Krankenkasse

Die Mittel der Krankenkasse umfassen die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen.

§ 269

Betriebsmittel

(1) Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden

1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,
2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen.

(2) Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan der Krankenkasse auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in Absatz 1 Nr. 1 genannten Zwecke nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Krankenkasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage oder dem Verwaltungsvermögen zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

(3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im übrigen so anzulegen, daß sie für die in Absatz 1 genannten Zwecke verfügbar sind.

§ 270

Rücklage

(1) Die Krankenkasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.

(2) Die Satzung bestimmt die Höhe der Rücklage in einem Vomhundertsatz des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 269 Abs. 1 Nr. 1 genannten Zwecke (Rücklagesoll). Die Rücklage muß minde-

stens die Hälfte und darf höchstens das Einfache des Betrages der auf den Monat entfallenden Ausgaben nach Satz 1 betragen.

(3) Die Krankenkasse kann Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können. In diesem Fall soll die Rücklage in Anspruch genommen werden, wenn dadurch Beitragssatzerhöhungen während des Haushaltsjahres vermieden werden.

(4) Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplanes, daß die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen. Satz 1 gilt nicht, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Beitragssatzerhöhung erforderlich würde.

(5) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln zuzuführen.

(6) Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 genannten Zweck verfügbar ist. Sie wird vorbehaltlich des § 271 von der Krankenkasse verwaltet.

§ 271

Gesamtrücklage

(1) Die Satzungen der Landesverbände können bestimmen, daß die von den Verbandsmitgliedern zu bildenden Rücklagen bis zu einem Drittel des Rücklagesolls von dem Landesverband als Sondervermögen (Gesamtrücklage) verwaltet werden. Die Gesamtrücklage ist vorrangig vor dem von der Krankenkasse verwalteten Teil der Rücklage aufzufüllen.

(2) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge und die aus den Veräußerungen erwachsenden Gewinne der Gesamtrücklage werden gegen die aus Veräußerungen entstehenden Verluste ausgeglichen. Der Unterschied wird auf die beteiligten Krankenkassen nach der Höhe ihres Rücklageguthabens beim Landesverband im Jahresdurchschnitt umgelegt.

(3) Ergibt sich nach Absatz 2 ein Überschuß, wird er den Krankenkassen ausgezahlt, deren Rücklageguthaben beim Landesverband den nach Absatz 1 bestimmten Anteil erreicht hat. Ist dieses Rücklageguthaben noch nicht erreicht, wird der Überschuß bis zur Höhe des fehlenden Betrages nicht ausgezahlt, sondern gutgeschrieben. Ergibt sich nach Absatz 2 ein Fehlbetrag, wird er dem Rücklageguthaben der Krankenkassen zur Last geschrieben.

(4) Die Krankenkasse kann über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband erst verfügen, wenn die von ihr selbst verwalteten Rücklagemittel verbraucht sind. Hat die Krankenkasse ihr Rücklageguthaben verbraucht, kann sie von dem Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten. Die Satzung

des Landesverbandes trifft Regelungen über die Voraussetzungen der Darlehensgewährung, die Rückzahlung und die Verzinsung.

(5) Die Gesamtrücklage ist so anzulegen, daß sie für die in § 270 Abs. 1 und 4 genannten Zwecke verfügbar ist.

§ 272

Verwaltungsvermögen

(1) Das Verwaltungsvermögen der Krankenkasse umfaßt

1. Vermögensanlagen, die der Verwaltung der Krankenkasse sowie der Führung ihrer betrieblichen Einrichtungen (Eigenbetriebe) zu dienen bestimmt sind,
2. die zur Anschaffung und Erneuerung dieser Vermögensteile und für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen bereitgehaltenen Geldmittel,

soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Zum Verwaltungsvermögen gehören auch Grundstücke, die nur teilweise für Zwecke der Verwaltung der Krankenkasse oder für Eigenbetriebe erforderlich sind.

(2) Als Verwaltungsvermögen gelten auch sonstige Vermögensanlagen auf Grund rechtlicher Verpflichtung oder Ermächtigung, soweit sie nicht den Betriebsmitteln, der Rücklage oder einem Sondervermögen zuzuordnen sind.

§ 273

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

VIERTER ABSCHNITT

Finanzausgleiche

ERSTER TITEL

Finanzausgleiche innerhalb einer Krankenkassenart

§ 274

Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle

Die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen können eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken.

§ 275

Finanzausgleich auf Landesverbandsebene bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen

(1) Die Satzungen der Landesverbände haben einen Finanzausgleich für den Fall vorzusehen, daß der Bedarfssatz (§ 154 Abs. 2) einer Krankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Verbandsmitglieder um mehr als 10 vom Hundert übersteigt.

(2) Die Satzungen der Landesverbände haben Bestimmungen zu enthalten, die das Nähere über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung des Finanzausgleichs regeln. Der Finanzausgleich hat die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen zu berücksichtigen. Ein allgemeiner Finanzausgleich der Ausgaben ist nicht zulässig. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden.

(3) Das Finanzausgleichsverfahren wird auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse eingeleitet. Der Landesverband führt den Finanzausgleich durch. Vor der Durchführung des Finanzausgleichs hat der Landesverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. Dazu gehört insbesondere eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich einer Prüfung der Verwaltungskosten. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die festgelegten Maßnahmen mit Unterstützung des Landesverbandes zu ergreifen. Eine Krankenkasse, die dieser Verpflichtung nicht nachkommt, hat die Hilfe zurückzuzahlen und darf künftig keine Hilfe mehr erhalten.

§ 276

Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Voraussetzung ist, daß der Bedarfssatz dieser Krankenkasse den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart um mehr als 12,5 vom Hun-

dert übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 275 durchgeführt worden ist. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Zustimmung von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbandes. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von sechzig Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 275 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse nach Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbandes. Vor der Entscheidung über die Hilfe hat der Spitzenverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse und, wenn die Krankenkasse einem Landesverband angehört, mit dem Landesverband zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. § 275 Abs. 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

ZWEITER TITEL

Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner

§ 277

Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner

(1) Leistungsaufwendungen für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 versicherungspflichtigen Rentner und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen werden gedeckt

1. durch Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen, soweit sie von versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zu tragen sind, und
2. im übrigen durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Finanzausgleich nicht teil.

§ 278

Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

(1) Leistungsaufwendungen im Sinne des § 277 Abs. 1 sind Aufwendungen für

1. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten nach den § 22, § 23 Abs. 1, §§ 25 und 26,
2. Krankenbehandlung nach den §§ 28 bis 33 und 36 bis 38 und § 41 einschließlich der für diese Leistungen in Härtefällen nach den §§ 66 und 67 von den Krankenkassen zu übernehmenden Aufwendungen,

3. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den §§ 52 bis 56,

4. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den §§ 57 bis 61 und 64,

5. Fahrkosten nach den §§ 68 und 70, soweit sie von den Krankenkassen zu tragen sind,

6. Sterbegeld nach Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . .).

Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie für Mehrleistungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), bleiben außer Betracht. Die Aufwendungen für die Leistungen der Knappschaftsärzte und -zahnärzte werden in der gleichen Weise berechnet wie für Kassenärzte und -zahnärzte.

(2) Leistungsaufwendungen nach Absatz 1 sind ausgleichsfähig, soweit sie nicht von der Krankenkasse selbst zu tragen sind. Als Eigenanteil hat jede Krankenkasse 20 vom Hundert der Leistungsaufwendungen nach Absatz 1 selbst zu tragen. Der Eigenanteil nach Satz 2

1. erhöht sich auf 30 vom Hundert, wenn der Anteil der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern der Krankenkasse weniger als 75 vom Hundert des durchschnittlichen Anteiles der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren beteiligten Krankenkassen beträgt,

2. verringert sich auf 10 vom Hundert, wenn der Anteil der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern der Krankenkasse mehr als 125 vom Hundert, nicht mehr als 200 vom Hundert des durchschnittlichen Anteils der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren beteiligten Krankenkassen beträgt,

3. verringert sich auf 5 vom Hundert, wenn der Anteil der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern der Krankenkasse mehr als 200 vom Hundert des durchschnittlichen Anteils der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren beteiligten Krankenkassen beträgt.

(3) Das Bundesversicherungsamt stellt den durchschnittlichen Anteil der versicherungspflichtigen Rentner an den Mitgliedern aller am Ausgleichsverfahren beteiligten Krankenkassen im Rahmen der Feststellung des Finanzierungsanteils nach § 281 fest.

§ 279

Berechnung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen

Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen ist durch Beiträge der Mitglieder in einem Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen aufzubringen. Außer Betracht bleiben die in § 277 Abs. 1 Nr. 1 genannten und die nach § 254 Abs. 1 und 2 zu erhebenden Beiträge. Der Vomhundertsatz entspricht dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für versicherungspflichtige Rentner aller Krankenkassen zu der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Bei der Berechnung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen bleiben außer Betracht

1. die Beträge der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der Versorgungsbezüge und des Arbeitseinkommens, die bei versicherungspflichtigen Mitgliedern, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, zur Beitragsbemessung herangezogen wurden,
2. die beitragspflichtigen Einnahmen der Studenten, Praktikanten und der in § 254 Abs. 2 genannten Examenskandidaten und
3. die Beitragsrückzahlung nach § 73.

§ 280

Ausgleichsanspruch und -verpflichtung der Krankenkassen

(1) Übersteigen die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse ihren Finanzierungsanteil nach § 279, hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf von versicherungspflichtigen Mitgliedern mit Rentenbezug entrichtete Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sowie auf überschießende Beträge nach Absatz 2.

(2) Übersteigt der Finanzierungsanteil einer Krankenkasse nach § 279 ihre ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen, steht der überschießende Betrag den Krankenkassen zu, deren ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen.

§ 281

Feststellung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt

(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vomhundertsatz nach § 278 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vomhundertsatz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich von den Krankenkassen zu tragenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen diesen Vomhundertsatz, die voraussichtlichen ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für die versicherungspflichtigen Rentner und für ihre nach § 10

versicherten Angehörigen sowie die voraussichtliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zugrunde. Für die Berechnung dieser Einnahmen gilt § 279 entsprechend. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vomhundertsatz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der beteiligten Krankenkassen sowie der Rentenversicherungsträger zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen. Sie sind nach Bekanntgabe des Vomhundertsatzes nach Satz 5 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen.

(2) Bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 stellt das Bundesversicherungsamt für alle Beteiligten verbindlich fest, mit welchen Beträgen die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen, die Beiträge und die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen der Berechnung des Vomhundertsatzes zugrunde zu legen sind. Dabei kann es zum Zwecke der einheitlichen Zuordnung und Erfassung der für die Berechnung maßgeblichen Daten über die Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse hinaus weitere Auskünfte und Nachweise verlangen. Weicht die Feststellung nach Satz 1 von den Beträgen ab, die der Versicherungsträger in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen gemeldet hat, ist dieser vor Bekanntgabe des Vomhundertsatzes zu unterrichten. Werden nach Abschluß der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese erst bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes nach Absatz 1 Satz 5 beim nächsten Finanzausgleichsverfahren nach den dafür geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

§ 282

Verordnungsermächtigung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über

1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen sowie der Beiträge nach § 279,
2. die Ermittlung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder nach § 279,
3. die Ermittlung der Vomhundertsätze nach den §§ 279 und 281 Abs. 1,
4. die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen entfallenden Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen nach § 277 Abs. 1 sowie der nach § 240 Abs. 2 erstatteten Beträge,
5. die Fälligkeit der Beträge und die Verzinsung bei Verzug,
6. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Krankenkassen

sen und den Rentenversicherungsträgern mitzuteilenden Angaben.

NEUNTES KAPITEL

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Aufgaben

§ 283

Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung,
2. zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplans nach § 5 Abs. 3 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere auf Verlangen des Arbeitgebers, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

(3) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

§ 284

Zusammenarbeit

(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind befugt, bei stationärer Behandlung der Versicherten die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

§ 285

Mitteilungspflichten

(1) Der Medizinische Dienst hat dem an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

(2) Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des Medizinischen Dienstes über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

ZWEITER ABSCHNITT

Organisation

§ 286

Arbeitsgemeinschaft

(1) In jedem Land wird eine von den Krankenkassen der in Absatz 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Artikels 67 Abs. 4 Satz 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

(3) Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluß der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer Dienst errichtet werden. Für mehrere Länder kann durch Beschluß der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozial-

versicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder.

§ 287

Verwaltungsrat und Geschäftsführer

(1) Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer.

(2) Der Verwaltungsrat wird von den Vertreterversammlungen der Mitglieder gewählt. § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar.

(3) Der Verwaltungsrat hat höchstens sechzehn Vertreter. Sind mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des Medizinischen Dienstes, kann die Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden. Die Mitglieder haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(4) Der Geschäftsführer führt die Geschäfte des Medizinischen Dienstes nach den Richtlinien des Verwaltungsrates. Er stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den Medizinischen Dienst gerichtlich und außergerichtlich.

(5) Die Fachaufgaben des Medizinischen Dienstes werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen; der Medizinische Dienst hat vorrangig Gutachter zu beauftragen.

(6) Folgende Vorschriften des Vierten Buches gelten entsprechend: §§ 34, 37, 38, 40 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2, §§ 41, 42 Abs. 1 bis 3, § 43 Abs. 2, §§ 58, 59 Abs. 1 bis 3, Abs. 5 und 6, §§ 60, 62 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz, Abs. 2, Abs. 3 Satz 1 und 4 und Abs. 4 bis 6, § 63 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Satz 2 und 3, Abs. 4 und 5, § 64 Abs. 1 und 2, Abs. 3 Satz 2 und 3 und § 66 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2.

§ 288

Aufgaben des Verwaltungsrates

(1) Der Verwaltungsrat hat

1. die Satzung zu beschließen,
2. den Haushaltsplan festzustellen,
3. die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung zu prüfen,
4. Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 290) aufzustellen,
5. Nebenstellen zu errichten und aufzulösen,
6. den Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu wählen und zu entlasten.

§ 219 Abs. 1 gilt entsprechend.

(2) Beschlüsse des Verwaltungsrates werden mit einfacher Mehrheit der Mitglieder gefaßt. Beschlüsse über Haushaltsangelegenheiten und über die Aufstellung und Änderung der Satzung bedürfen einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder.

§ 289

Finanzierung und Aufsicht

(1) Die zur Finanzierung des Medizinischen Dienstes erforderlichen Mittel werden von den Mitgliedern des Medizinischen Dienstes durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der jahresdurchschnittlichen Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen im Land aufzuteilen.

(2) Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten die §§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5, § 72 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, §§ 73 bis 77 Abs. 1, § 79 Abs. 1 und 2 des Vierten Buches sowie die auf Grund des § 78 des Vierten Buches erlassenen Rechtsverordnungen entsprechend. Für das Vermögen gelten die §§ 80 und 85 des Vierten Buches entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst untersteht der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat. § 87 Abs. 1 Satz 2 und § 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

§ 290

Koordinierung auf Bundesebene

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern. Sie können zu diesem Zweck Empfehlungen abgeben. Über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsame Richtlinien zu beschließen.

§ 291

Ausnahmen

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nehmen für die Bereiche der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse und der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, soweit deren Mitglieder in dem Dienstbezirk der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse wohnen, die Ärzte der Deutschen Bundesbahn wahr. Für die anderen Mitglieder der Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums und die Bundespostbetriebskrankenkasse schließen diese Betriebskrankenkassen Verträge mit den Medizinischen Diensten. Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nimmt für den Bereich der Bundesknappschaft deren Sozialmedizinischer Dienst wahr.

ZEHNTES KAPITEL**Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten****ERSTER ABSCHNITT****Informationsgrundlagen der Krankenkassen****§ 292****Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Das Versichertenverzeichnis hat alle Angaben zu enthalten, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge, soweit nach der Art der Versicherung notwendig, sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs einschließlich der Versicherung nach § 10 erforderlich sind.

§ 293**Angaben über Leistungsvoraussetzungen**

(1) Die Krankenkasse hat Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit ist auch die Art der Erkrankung aufzuzeichnen.

(2) Die Krankenkasse hat auch die Angaben, die zur Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung (§ 73) erforderlich sind, aufzuzeichnen.

§ 294**Verordnete Leistungen**

(1) Die Krankenkassen haben aus den Abrechnungsbelegen die von den Kassen- und Vertragsärzten und den Kassenzahn- und Vertragszahnärzten verordneten Leistungen arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die Prüfungen nach § 114 aufzuzeichnen.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die Aufzeichnungen der verordneten Leistungen arztbezogen den Kassenärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern für die Prüfungen nach § 114. Eine versichertenbezogene Übermittlung ist nur zulässig, soweit der Kassenarzt im Rahmen eines Prüfverfahrens die Verordnungsweise darzulegen hat.

§ 295**Datenübersicht**

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen in Richtlinien die für die Aufzeichnungen nach den §§ 292 bis 294 und die Durchführung der in § 310 Abs. 1 genannten Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Datenarten. Die Richtlinien sind von den Krankenkassen zu beachten. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung.

(2) Die Richtlinien sind erstmalig zum 1. Juli 1989 aufzustellen.

(3) Die Krankenkassen erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Art der von ihnen oder in ihrem Auftrag gespeicherten personenbezogenen Daten. Die Übersicht ist der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(4) Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Übersicht nach Absatz 3 in ihren Kassenräumen an geeigneter Stelle durch Aushang zu veröffentlichen.

(5) Jede Krankenkasse hat eine Dienstanweisung zu erlassen, insbesondere über

1. die zulässigen Verfahren der Verarbeitung der Daten,
2. Art, Form, Inhalt und Kontrolle der einzugebenden und der auszugebenden Daten,
3. die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Datenverarbeitung,
4. die weiteren zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit zu treffenden Maßnahmen, insbesondere der Maßnahmen nach der Anlage zu § 6 Abs. 1 Satz 1 des Bundesdatenschutzgesetzes.

§ 296**Aufbewahrungsfristen bei Krankenkassen**

(1) Die Angaben über Leistungsvoraussetzungen (§ 293) sind längstens nach zehn Jahren zu löschen. Die Frist beginnt mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem der letzte Leistungsbezug erfolgte.

(2) Die Angaben über die verordneten Leistungen (§ 294) sind zu löschen,

1. wenn feststeht, daß ein Prüfantrag nicht gestellt wird, oder
2. wenn das Prüfverfahren abgeschlossen ist.

(3) Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet, die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 292 und 293 auf Verlangen der neuen Krankenkasse mitzuteilen.

(4) Für die Aufbewahrungsfristen der Kranken- und sonstigen Berechtigungsscheine für die Inanspruchnahme von Leistungen einschließlich der Verordnungsblätter für Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gilt § 84 des Zehnten Buches sinngemäß.

§ 297

Aufbewahrungsfristen bei Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

(1) Für die Löschung personenbezogener Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Prüfungsausschüssen gilt § 84 des Zehnten Buches.

(2) In den Fällen des § 304 und des § 305 gilt § 296 Abs. 2 entsprechend.

§ 298

Versichertennummer

Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer. Bei Vergabe der Versichertennummer für Versicherte nach § 10 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

§ 299

Krankenversicherungskarte

(1) Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine Krankenversicherungskarte aus. Die Karte kann den Krankenschein nach § 15 ersetzen, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch Vereinbarungen nach § 303 die bundesweite Einführung sowie die bundeseinheitliche Gestaltung vorsehen.

(2) In die Krankenversicherungskarte sind neben der Bezeichnung der Krankenkasse Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus sowie der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.

(3) Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen. In diesem Fall ist das Ende des Versicherungsschutzes in der Karte anzugeben.

(4) Bei Beendigung des Versicherungsschutzes ist die Karte der bisherigen, bei Krankenkassenwechsel der neuen Krankenkasse auszuhändigen.

§ 300

Nachweispflicht bei Familienversicherung

Für die Eintragung in das Versichertenverzeichnis hat die Krankenkasse die Versicherung nach § 10 bei deren Beginn festzustellen. Sie kann die dazu erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben. Der Fortbestand der Voraussetzungen der Versicherung nach § 10 ist auf Verlangen der Krankenkasse nachzuweisen.

§ 301

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der anderen Träger der Sozialversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeit gemeinsam vereinbaren mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und seiner Verwendung.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, kann der Bundesminister nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über Art und Aufbau der Kennzeichen und das Verfahren der Vergabe und seiner Verwendung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

ZWEITER ABSCHNITT

Weitergabe von Leistungsdaten

§ 302

Pflichten der Leistungserbringer

Die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet und befugt, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen.

§ 303

Kassenärztliche Versorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 91 Abs. 3 und nach § 95 das Nähere über die Leistungsabrechnung, insbesondere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die kassenärztlichen Leistungen,
2. Form und Inhalt der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke,
3. die vom Kassenarzt in den Abrechnungsunterlagen aufzeichnenden Angaben über die erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung,

4. die Verpflichtung des Kassenarztes, in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung seine Arztnummer, die Versichertennummer oder ein anderes Kennzeichen anzugeben,
5. Form und Frist der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen durch den Kassenarzt an die Kassenärztliche Vereinigung,
6. die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung der Einzelabrechnungen auf Zulässigkeit und Richtigkeit,
7. Form und Frist der Weiterleitung der Abrechnungsunterlagen auf maschinell verwertbaren Datenträgern durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Krankenkassen oder ihre Verbände,
8. Einzelheiten des Datenträgeraustausches und der gegenseitigen Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach § 294 Abs. 2, § 304 und § 305.

(2) Die Vertragspartner nach Absatz 1 können vorsehen, daß die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermitteln dürfen. Zu diesem Zweck haben die Vertragspartner das Nähere über die Voraussetzungen zur Teilnahme an einem solchen Abrechnungsverfahren, die Verfahren zur Sicherung vor fehlerhaften und unrichtigen Datensätzen sowie die Form der Abrechnung zu regeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in den Satzungen ergänzende Regelungen treffen.

§ 304

Stichprobenprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen auf Verlangen für die Stichprobenprüfungen nach § 114 Abs. 3 Nr. 3 die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztlichen Leistungen arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Zu übermitteln sind:

1. die Arztnummer des behandelnden Arztes,
2. die Versichertennummer oder das Kennzeichen nach § 303 Abs. 1 Nr. 4,
3. der Tag der Behandlung,
4. die Gebührenpositionen,
5. die Art der Erkrankung.

§ 305

Überweisungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen für die Prüfungen nach § 114 bei Überweisungsfällen auf maschinell verwertbaren Datenträgern die Arztnummer des überweisenden und die Arztnummern der auf Grund der Überweisung

tätig gewordenen Ärzte sowie die je Behandlungsfall von ihnen erbrachten Leistungen.

§ 306

Zahnärztliche Versorgung

Die §§ 302 bis 305 gelten entsprechend für die kassenzahnärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung.

§ 307

Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung

In Fällen, in denen Krankenkassen an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Durchführung der Beitragsrückzahlung erforderlichen Daten (§ 73) über die ärztliche Leistungsabrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbezogen zu übermitteln. Das Nähere über den Umfang der Datenübermittlung ist zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen zu vereinbaren.

§ 308

Arzneimittelversorgung

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Apotheken regeln in den Verträgen nach § 138 Abs. 2 in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung das Nähere insbesondere über

1. die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für das verordnete Fertigarzneimittel als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels sowie die Verpflichtung der Apotheken zur Übertragung dieses Kennzeichens auf das für die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung verbindliche Verordnungsblatt,
2. die Voraussetzungen und Einzelheiten maschineller Verordnungsblattabrechnung, der Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinell verwertbaren Datenträgern sowie der Weiterleitung der Verordnungsblätter an die Krankenkassen.

(2) Die Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren in Anspruch nehmen. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 zu regeln.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist zustande, kann der Bundesminister nach Anhörung der Beteiligten das Nähere der Regelungen über die Voraussetzungen der Arzneimittelabrechnung mit den Apotheken durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmen.

§ 309

Sonstige Leistungserbringer

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen gemeinsam einheitliche Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern, die in den Leistungs- oder Lieferverträgen zu beachten sind. In den Richtlinien ist vorzusehen, daß die Angaben zur Leistungserbringung und Leistungsabrechnung arzt- und versichertenbeziehbar erfaßt werden.

(2) Die sonstigen Leistungserbringer sind verpflichtet, nach Maßgabe der darüber getroffenen Vereinbarungen mit den Krankenkassen die vereinbarten Angaben zu übermitteln.

(3) Die Richtlinien haben auch die Voraussetzungen und das Verfahren bei Teilnahme an einer Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu regeln.

DRITTER ABSCHNITT

Datenschutz und Datenverwendung

§ 310

Datenschutz

(1) Die Krankenkassen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten (personenbezogene Daten) nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5 bis 10),
2. Gewährung der Versicherungsleistungen (§§ 2 und 11),
3. Kostenerstattung in den Fällen der §§ 13, 14, 68 und 72,
4. Ausstellung des Kranken- oder Berechtigungsscheins (§ 15),
5. Beitragsrückzahlungen (§ 73),
6. Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 74),
7. Feststellung der Mitgliedschaft (§§ 195 bis 202),
8. Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge (§§ 232 bis 257),
9. Einziehung der Beiträge (§§ 262 bis 265),
10. Übernahme der Krankenbehandlung in den Fällen des § 273,
11. Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 22, 39, 52 und 283),
12. gemeinsam mit den Leistungserbringern die Sicherstellung der Versicherungsleistungen und die Abrechnung ihrer Kosten.

Für die Datenerhebung und -erfassung gelten die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(2) Die rechtmäßig beim Versicherten erhobenen und erfaßten personenbezogenen Daten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Absatz 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verwendet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist.

(3) Für die Offenbarung personenbezogener Daten an Dritte gelten die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

§ 311

Auskunftspflicht der Krankenkasse

(1) Soweit der Krankenkasse die Angaben verfügbar sind, kann der Versicherte Auskunft höchstens über die von ihm in den letzten zwei Geschäftsjahren in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten verlangen. Ein Anspruch auf die Mitteilung der Art der Erkrankung besteht in diesem Zusammenhang nicht; § 83 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Die Krankenkasse hat in ihre Satzung Bestimmungen aufzunehmen, durch die Vorkehrungen gegen unangemessene Auskunftsverlangen getroffen werden.

(2) Die Vertragspartner der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung können vereinbaren, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherten Auskünfte über die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen und ihre Kosten erteilen. Dasselbe gilt für die kassenzahnärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung.

§ 312

Forschungsvorhaben

(1) Die Krankenkassen dürfen mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände versicherten-, leistungserbringer- oder fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben, insbesondere zur Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse oder von Erkenntnissen über lokale Krankheitsschwerpunkte, auswerten oder über die in § 296 genannten Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Personenbezogene Daten sind von den Krankenkassen, sobald das Forschungsvorhaben es erlaubt, zu anonymisieren.

ELFTES KAPITEL

Bußgeldvorschriften

§ 313

Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten

Zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten arbeiten die Krankenkassen insbesondere mit der Bundesanstalt für Arbeit, den in § 20 des Ausländergesetzes genannten Behörden, den Finanzbehörden, den nach Landesrecht für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Ge-

setz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit zuständigen Behörden, den Trägern der Unfallversicherung und den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen, wenn sich im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte ergeben für

1. Verstöße gegen das Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit,
2. eine Beschäftigung oder Tätigkeit von nichtdeutschen Arbeitnehmern ohne die erforderliche Erlaubnis nach § 19 Abs. 1 des Arbeitsförderungs-gesetzes,
3. Verstöße gegen die Mitwirkungspflicht gegenüber einer Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeit nach § 60 Abs. 1 Nr. 2 des Ersten Buches,
4. Verstöße gegen das Arbeitnehmerüberlassungs-gesetz,
5. Verstöße gegen die Vorschriften des Vierten Buches über die Verpflichtung zur Zahlung von Bei-trägen, soweit sie im Zusammenhang mit den in den Nummern 1 bis 4 genannten Verstößen ste-hen,
6. Verstöße gegen Bestimmungen der Reichsversi-cherungsordnung, soweit sie im Zusammenhang mit Verstößen gegen die Verpflichtung zur Zah-lung von Beiträgen zur Unfallversicherung ste-hen,
7. Verstöße gegen Steuergesetze,
8. Verstöße gegen das Ausländergesetz.

Sie unterrichten die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Behörden sowie die Behörden nach § 20 des Ausländergesetzes. Die Unterrichtung kann auch Angaben über die Tatsachen enthalten, die für die Einziehung der Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung erheblich sind. Die Unterrichtung über per-sonenbezogene Daten, die nach den §§ 292 bis 310 von Versicherten erhoben werden, ist unzulässig.

§ 314

Bußgeldvorschriften

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer
 1. a) als Arbeitgeber entgegen § 213 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1, oder
 - b) entgegen § 213 Abs. 1 Satz 3, auch in Verbin-dung mit Abs. 2 Satz 1, oder § 214 Nr. 3 oder
 - c) als für die Zahlstelle Verantwortlicher entgegen § 211 Satz 1
 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
2. entgegen § 215 Abs. 1 Satz 1 eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollstän-dig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
3. entgegen § 215 Abs. 1 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geld-buße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

Artikel 2

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (860-1)

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Ge-setzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zu-letzt geändert durch Artikel 30 des Gesetzes vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2441), wird wie folgt geändert:

1. § 21 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„§ 21

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Kranken-versicherung können in Anspruch genommen wer-den:

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krank-heiten,
 2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbeson-dere
 - a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
 - b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - c) häusliche Krankenpflege und Haushalts-hilfe,
 - d) Krankenhausbehandlung,
 - e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
 - f) Betriebshilfe für Landwirte,
 - g) Krankengeld,
 3. bei Schwerpflegebedürftigkeit häusliche Pfl-egehilfe,
 4. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbin-dung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Be-triebshilfe für Landwirte und Mutterschafts-geld,
 5. zur Empfängnisregelung Beratung und Hilfen zur Empfängnis, Leistungen bei nicht rechts-widriger Sterilisation und bei nicht rechtswidri-gem Abbruch der Schwangerschaft.“
2. In § 29 Abs. 1 Nr. 1 nach Buchstabe e werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch die Worte „und Vorsorge- oder Rehabilitationsein-richtungen“ ersetzt.
 3. § 37 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Das Erste und Zehnte Buch gelten für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuchs, soweit sich aus dem Zweiten bis Neunten Buch nichts Abweichendes ergibt; Artikel II § 1 bleibt unberührt.“

Artikel 3 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (860-4-1)

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift des Artikels I wird das Wort „Sozialversicherung“ durch die Worte „Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung“ ersetzt. Die darauffolgende Kapitelüberschrift „Erstes Kapitel Gemeinsame Vorschriften“ wird gestrichen.
2. In § 1 Abs. 1 wird das Wort „Kapitels“ durch das Wort „Buches“ ersetzt.
3. In § 28d wird Absatz 2 und die Klammerbezeichnung „(1)“ in Absatz 1 gestrichen.
4. In § 28e Abs. 3 wird die Verweisung „§ 477 Nr. 1 bis 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 185 Nr. 1 bis 3 des Fünften Buches“ ersetzt.
5. In § 28h Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Träger der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
6. § 28i Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Zuständige Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist die Krankenkasse, von der die Krankenversicherung durchgeführt wird. Für die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten werden Beiträge zur Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit an die Einzugsstelle gezahlt, die im Falle einer Krankenversicherung kraft Gesetzes zuständig wäre. Zuständige Einzugsstelle ist in den Fällen des § 28f Abs. 2 die Krankenkasse, die den Sachverhalt einer nicht ordnungsgemäßen Aufzeichnung zuerst feststellt.“
7. § 28p wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 6 Satz 3 und 4 wird wie folgt gefaßt:

„Der Antrag ist bei jeder beteiligten Krankenkasse zu stellen. Sind andere Krankenkassen der gleichen Kassenart beteiligt, kann der Antrag unter Angabe der beteiligten Krankenkassen dieser Kassenart bei ihrem Spitzenverband gestellt werden, der sie zu informieren hat.“
 - b) Absatz 9 wird gestrichen.
8. In § 36 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „§ 362 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte

„§ 156 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

9. In § 36a Abs. 3 werden vor dem Wort „gelten“ die Worte „sowie § 63 Abs. 3a und 4“ eingefügt.
10. § 43 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 4 wird gestrichen.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Krankenversicherungsträger“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
11. In § 47 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „Trägern der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
12. In § 63 wird nach Absatz 3 eingefügt:

„(3 a) Ein Mitglied eines Selbstverwaltungsorgans darf bei der Beratung und Abstimmung nicht anwesend sein, wenn hierbei personenbezogene Daten eines Arbeitnehmers offengelegt werden, der ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, oder wenn das Mitglied des Selbstverwaltungsorgans Angehöriger der Personalverwaltung des Betriebes ist, dem der Arbeitnehmer angehört. Diesen Personen darf insbesondere auch bei der Vorbereitung einer Beratung keine Kenntnis von solchen Daten gegeben werden. Personenbezogene Daten im Sinne der Sätze 1 und 2 sind

 1. die in § 76 Abs. 1 des Zehnten Buches bezeichneten Daten und
 2. andere Daten, soweit Grund zur Annahme besteht, daß durch die Kenntnisnahme der genannten Personen schutzwürdige Belange des Arbeitnehmers beeinträchtigt werden.“
13. § 95 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 werden die Worte „, auch in Verbindung mit § 520 Abs. 2 oder § 521 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung,“ gestrichen.
 - b) In Nummer 3 wird die Angabe „§ 318a oder“ gestrichen.

Artikel 4 Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (860-10-1/2, 860-10-3)

(1) In § 79 Abs. 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469, 2218), das zuletzt durch Artikel 11 Abs. 1 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird angefügt:

„Für die Zulässigkeit der Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung durch die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ergeben sich die Zwecke aus den diesen Stellen nach diesem Gesetzbuch jeweils vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben.“

(2) Das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450), zuletzt geändert durch Artikel 11 Abs. 2 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 96 Abs. 3 wird angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Träger der Unfallversicherung, soweit sie Aufgaben der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation und der Forschung wahrnehmen, die dem Ziel dienen, gesundheitliche Schäden bei Versicherten zu verhüten oder zu beheben.“

2. In § 100 Abs. 1 Satz 3 werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch die Worte „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ ersetzt.

ZWEITER TEIL

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 5

Reichsversicherungsordnung (820-1)

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Vorschriften des Zweiten Buches mit Ausnahme der §§ 342, 349 bis 357, 360, 407, 409, 411 bis 413 und 414 b werden gestrichen.

2. § 342 wird wie folgt gefaßt:

„§ 342

(1) Die Krankenkasse hat die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine von der Aufsichtsbehörde als geeignet anerkannte Einrichtung prüfen zu lassen. Der Prüfbericht ist auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen erlassen.“

3. In § 350 werden die Worte „das Versicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

4. § 354 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 1 werden die Worte „den Vorsitzenden des Versicherungsamts“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

b) Der so geänderte Absatz 6 wird Absatz 5.

5. § 355 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Dienstordnung bedarf der Zustimmung der Vertreterversammlung und der Ge-

nehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Aufgaben steht.“

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

6. In § 356 Satz 1 werden die Worte „das Oberversicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

7. § 357 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Ausschusses“ durch die Worte „der Vertreterversammlung“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Worte „das Versicherungsamt“ durch die Worte „die Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

8. § 407 wird wie folgt geändert:

a) Die Klammerbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

b) Nummer 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Verträge mit Leistungserbringern vorbereiten oder abschließen, soweit im Fünften Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,“

c) Die Nummern 3 und 4 werden gestrichen.

d) Die bisherigen Nummern 5 bis 7 werden Nummern 3 bis 5.

9. In § 409 Nr. 3 werden die Worte „des etwa gewählten Ausschusses“ durch die Worte „der etwa gewählten Vertreterversammlung“ ersetzt.

10. In § 411 Abs. 2 wird das Wort „Kassenausschüsse“ durch das Wort „Vertreterversammlungen“ ersetzt.

11. In § 412 Abs. 1 Satz 1 wird die Verweisung „(§ 293)“ gestrichen.

12. § 413 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für die Angestellten des Verbandes gelten die §§ 349 bis 357 und 360 entsprechend. Für die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung gilt § 342 entsprechend.“

13. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 2 a werden gestrichen.

b) Im bisherigen Absatz 3 wird die Klammerbezeichnung „(3)“, in Satz 2 die Verweisung „(§ 346)“ sowie Satz 3 gestrichen.

14. In § 547 werden die Worte „, unbeschadet des § 565,“ gestrichen.

15. § 560 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird gestrichen.
16. § 561 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Für das Verletztengeld gilt bei Arbeitnehmern § 46 Abs. 1, 2 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend mit der Maßgabe, daß das Regelentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des dreihundertsechzigsten Teiles des Höchstjahresarbeitsverdienstes (§ 575 Abs. 2) zu berücksichtigen ist.“
- b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „§ 46 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
- c) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „§ 46 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
17. § 565 wird gestrichen.
18. In § 568 a Abs. 3 Satz 2 wird der letzte Halbsatz nach dem Strichpunkt wie folgt gefaßt:
- „zwischenzeitliche Erhöhungen des Übergangsgeldes nach den §§ 561 und 568 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 46 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“
19. In § 569 a Nr. 4 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:
- „§ 37 Abs. 4 und § 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“
20. In § 589 Abs. 1 Nr. 1 wird der letzte Halbsatz nach dem Strichpunkt durch folgenden Text ersetzt:
- „vom Sterbegeld sind die Kosten der Bestattung zu bestreiten; es ist an denjenigen auszuführen, der die Bestattungskosten trägt; ein etwaiger Überschuß verbleibt beim Versicherungsträger.“
21. § 779 a wird gestrichen.
22. § 779 b Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „Absatz 1 gilt entsprechend.“
23. In § 779 d Abs. 1 wird die Verweisung „§ 19 Abs. 1 Satz 2 und 3“ durch die Verweisung „§ 13 Abs. 1“ ersetzt.
24. In § 881 Abs. 2 werden die Worte „§ 477 Nr. 1 bis 3“ durch die Worte „§ 185 Nr. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
25. In § 1228 Abs. 1 Nr. 4 wird nach Buchstabe d der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:
- „e) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
26. In § 1237 b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:
- „§ 37 Abs. 4 und § 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“
27. In § 1240 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2“ durch die Verweisung „§ 48 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
28. In § 1241 Abs. 1 Satz 1 wird die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5)“ durch die Verweisung „(§ 46 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
29. § 1241 f wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
30. In § 1243 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3“ durch die Verweisung „§ 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
31. § 1304 e wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:
- „1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungs-gesetz oder nach dem Künstler-sozialversicherungsgesetz pflichtversicherung ist oder“
- b) Absatz 2 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“
32. § 1400 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Der Beitragsberechnung sind die für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich eines Betrages nach § 1385 Abs. 3 a zugrunde zu legen. Überschreiten die Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 235 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (§ 1385

Abs. 2) nach den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, die für krankenversicherungspflichtige Personen gelten. § 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden; bei der Anwendung seines Absatzes 4 ist, wenn Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), andernfalls die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung."

33. Die §§ 1504 und 1508 werden gestrichen.

Artikel 6

Angestelltenversicherungsgesetz (821-1)

Das Angestelltenversicherungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . .), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 1 Nr. 5 wird nach Buchstabe d der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„e) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. In § 14b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:

„§ 37 Abs. 4 und § 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend,“

3. In § 17 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 48 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

4. In § 18 Abs. 1 Satz 1 werden die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5 Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 46 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und die Worte „der Regellohn“ durch die Worte „das Regellentgelt“ ersetzt.

5. § 18f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.

6. In § 20 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

7. § 83e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert ist oder“

b) Absatz 2 Satz 1 bis 3 wird wie folgt gefaßt:

„Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“

8. § 122 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Der Beitragsberechnung sind die für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen einschließlich eines Betrages nach § 112 Abs. 3a zugrunde zu legen. Überschreiten die Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 235 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (§ 112 Abs. 2) nach den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, die für krankenversicherungspflichtige Personen gelten. § 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden; bei der Anwendung seines Absatzes 4 ist, wenn Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, die Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), andernfalls die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung.“

9. In § 126a Abs. 3 Satz 3 wird die Verweisung „§ 393 Abs. 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 255 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 7

Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

ERSTER ABSCHNITT

Aufgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen, versicherter Personenkreis

§ 1

Aufgaben der Krankenversicherung für Landwirte

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen als Solidargemeinschaften der Versicherten haben durch Aufklärung und Beratung den Versicherten zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen. Sie erbringen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten sowie bei Krankheit, Schwangerschaft, Mutterschaft und Pflegebedürftigkeit Leistungen nach den folgenden Vorschriften. Die §§ 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 2

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein-, Obst-, Gemüse- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, eine auf Bodenbewirtschaftung beruhende Existenzgrundlage bildet; § 1 Abs. 4 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne daß ihr Unternehmen eine Existenzgrundlage im Sinne der Nummer 1 bildet, wenn
 - a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 4 oder 8 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte festgesetzte Mindesthöhe für eine Existenzgrundlage um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und
 - b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,

4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld, Hinterbliebenengeld oder Landabgaberente oder als Waise die Voraussetzungen für den Bezug von Waisengeld nach § 3 a des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte erfüllen und diese Leistungen beantragt haben,

5. Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten dieser Personen.

(2) Als landwirtschaftliche Unternehmer nach Absatz 1 Nr. 1 gelten Unternehmer der Seen- und Flußfischerei und der Imkerei, deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, eine Existenzgrundlage bildet; für die Bestimmung der Existenzgrundlage gilt § 1 Abs. 8 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte. Soweit sich die folgenden Vorschriften auf landwirtschaftliche Unternehmen beziehen, gelten sie entsprechend für die in Satz 1 genannten Unternehmen.

(3) Unternehmer ist derjenige, für dessen Rechnung das Unternehmen geht. Wird ein landwirtschaftliches Unternehmen von mehreren Personen gemeinsam (Mitunternehmer), einer Personenhandelsgesellschaft oder einer juristischen Person betrieben, gelten die Mitunternehmer, die Gesellschafter und die Mitglieder der juristischen Person als landwirtschaftliche Unternehmer, sofern sie hauptberuflich außerhalb eines rentenversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses im Unternehmen tätig sind oder in das Unternehmen Flächen eingebracht haben, die im Zeitpunkt der Einbringung eine auf Bodenbewirtschaftung beruhende Existenzgrundlage bildeten und von ihnen bis zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr als landwirtschaftliches Unternehmen selbst bewirtschaftet worden sind. Betreiben Ehegatten gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, gilt derjenige Ehegatte als Unternehmer, der das Unternehmen überwiegend leitet. Ist nicht festzustellen, wer das Unternehmen überwiegend leitet, bestimmt die Krankenkasse, welcher Ehegatte als Unternehmer gilt.

(4) Mitarbeitende Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grade und Verschwägerter bis zum zweiten Grade sowie Pflegekinder (Personen, mit denen der Unternehmer oder sein Ehegatte durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist, sofern er sie in seinen Haushalt aufgenommen hat) eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des Absatzes 3 oder seines Ehegatten, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind. Sind beide Ehegatten mitarbeitende Familienangehörige, ist nur derjenige versicherungspflichtig, der überwiegend in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.

(5) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen ist, daß sie nicht nach

Absatz 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig sind, für die in Absatz 1 Nr. 4 genannten Personen, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind, und für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 oder 4 versicherungspflichtig sind.

(6) Der Bezug des in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorruhestandsgeldes steht einer hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Als in Absatz 1 Nr. 3 bezeichnete landwirtschaftliche Unternehmer gelten auch die zur Zahlung von Vorruhestandsgeld Verpflichteten.

§ 3

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,
2. nach § 201 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist oder
3. nach dem Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt ist.

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. die in § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
2. die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 198 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) genannten Rentner und Rentenantragsteller, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind oder wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 versicherungspflichtig sind und in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 bezeichneten Leistungen in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung neun Zehntel dieser Zeit versichert waren; hat in diesem Zeitraum auch eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse nur dann zuständig, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 bezeichneten Leistungen mindestens die Hälfte der Zeit die Mitgliedschaft oder die Versicherung nach § 7 durchgeführt hat,
3. die in § 5 Abs. 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,

4. die in § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Behinderten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,

5. die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Studenten und Praktikanten, wenn sie nach § 2 Abs. 1 versicherungspflichtig sind.

(3) Von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 ist befreit, wer

1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,
2. nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Rentner oder Rentenantragsteller,
3. nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) oder
4. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259)

von der Versicherungspflicht befreit ist.

§ 4

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht nach § 2 befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. durch seine Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer, wenn der Wirtschaftswert (§ 37 Abs. 1 und 3) seines landwirtschaftlichen Unternehmens 60 000 Deutsche Mark übersteigt, oder
2. durch den Antrag auf eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen oder den Bezug einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an; sie kann nicht widerrufen werden. Sie ist ausgeschlossen, wenn bereits Leistungen nach diesem Gesetz in Anspruch genommen worden sind.

(3) Die nach Absatz 1 Nr. 1 von der Versicherungspflicht befreiten Personen erhalten auf ihren Antrag von der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, sobald sie die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 erfüllen und wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 7 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit entsprechen. Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Zweihundzwanzigstels des Monatsbetrages der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzu-

runden. Zuständig ist die landwirtschaftliche Krankenkasse, die die Befreiung nach Absatz 1 festgestellt hat.

§ 5

Befristete Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Landwirtschaftliche Unternehmer werden auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 befreit, solange sie als Arbeitnehmer beschäftigt, nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn der Antrag innerhalb eines Monats gestellt wird. Wird der Antrag später gestellt, tritt die Befreiung mit dem Ersten des Kalendermonats ein, der auf die Antragstellung folgt.

(2) Unternehmer der Seen- und Flußfischerei und der Imkerei, die nur auf Grund des § 2 Abs. 2 versicherungspflichtig sind, werden auf Antrag von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 befreit, solange sie bei einer anderen Krankenkasse freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt.

§ 6

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens sechs Monate versichert waren; ein Beitritt zur Versicherung im Anschluß an eine Mitgliedschaft nach § 22 ist nur möglich, wenn die vorstehenden Voraussetzungen unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der früheren Versicherungspflicht erfüllt sind,
2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach dem Beginn der Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Mitglied.

§ 7

Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unternehmen tätigen Ehegatten des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Abs. 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung 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.

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung 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 Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet.

ZWEITER ABSCHNITT**Leistungen**

§ 8

Grundsatz

(1) Für die Leistungen gilt das Dritte Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Krankengeld und Mutterschaftsgeld werden nur gewährt, soweit dies in den §§ 12 bis 14 vorgesehen ist.

(3) § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Landesverbandes der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen tritt.

§ 9

Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Kranken- und Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4 oder § 39 Abs. 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in

dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, daß Betriebshilfe auch gewährt wird

1. während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Früh- und Mehrlingsgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung,

2. während einer Krankheit,

wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

§ 10

Haushaltshilfe

(1) Die Satzung kann bestimmen, daß für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe gewährt wird, wenn dem Versicherten, dem Ehegatten des Versicherten oder dem versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen, letzterem, sofern er die Aufgaben des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers ständig wahrnimmt, wegen Krankheit, Schwangerschaft, Entbindung oder einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4 oder § 39 Abs. 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist.

(2) Für die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 bis 5, § 6 und § 23 genannten Versicherten mit eigenem Haushalt gelten die §§ 37 und 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 11

Ersatzkraft bei Betriebs- und Haushaltshilfe

Als Betriebs- oder Haushaltshilfe ist eine Ersatzkraft zu stellen. Kann eine Ersatzkraft nicht gestellt werden oder besteht Grund, von der Gestellung einer Ersatzkraft abzusehen, sind die Kosten für eine selbstbeschaffte betriebsfremde Ersatzkraft in angemessener Höhe zu erstatten. 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 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

Krankengeld für rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 13

Krankengeld für nicht rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Krankengeld in Höhe eines Achtels des in § 232 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages; die Satzung kann das Krankengeld bis auf ein Viertel dieses Betrages erhöhen.

(2) Das Krankengeld wird wegen derselben Krankheit für längstens achtundsiebzig Wochen gewährt, auch wenn während der Bezugszeit von Krankengeld eine weitere Krankheit hinzutritt.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhalten würde, wenn er als Arbeitnehmer einen gesetzlichen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle hätte. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

(4) § 43 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3, § 45 Satz 1, § 47 Abs. 2 und die §§ 48 bis 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

§ 14

Mutterschaftsgeld

(1) Nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Mutterschaftsgeld nach § 61 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, jedoch die Voraussetzungen für den Bezug des Mutterschaftsgeldes nach § 61 Abs. 2 Satz 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, und mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, sowie die in § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes genannten Versicherten erhalten Mutterschaftsgeld nach § 61 Abs. 1, Abs. 2 Satz 5 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 15

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

§ 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des Zeitpunkts der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der 1. Oktober 1972 tritt.

DRITTER ABSCHNITT

Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

§ 16

Vertragsrecht

(1) Für die Beziehungen der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern gelten die Vorschriften des Vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(2) Die Aufgaben der Landesverbände auf dem Gebiet des Vertragsrechts nimmt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung die landwirtschaftliche Krankenkasse wahr, in deren Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat. Die betroffenen Krankenkassen können die Zuständigkeit abweichend von Satz 1 vereinbaren,

1. wenn sich der Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die Bezirke oder auf Teile der Bezirke mehrerer landwirtschaftlicher Krankenkassen erstreckt,
2. wenn sich der Bezirk einer landwirtschaftlichen Krankenkasse auf die Bereiche mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen erstreckt.

Vereinbarungen nach Satz 2 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden mitzuteilen.

§ 17

Anstellung von Personen zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, Betriebs- und Haushaltshilfe

Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann die zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege und gemeinsam mit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft und der landwirtschaftlichen Alterskasse die zur Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe benötigten Personen anstellen.

VIERTER ABSCHNITT

Organisation der Krankenkassen

§ 18

Träger der Versicherung, Aufsicht

(1) Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die bei jeder landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Die Aufsicht über die landwirtschaftlichen Krankenkassen führt die Aufsichtsbehörde der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei der die Krankenkassen errichtet sind.

(3) Die landwirtschaftliche Krankenversicherung im Land Berlin wird von der landwirtschaftlichen Krankenkasse durchgeführt, die bei der Hannoverschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichtet ist. Die Zuständigkeit der bei der Gartenbau-Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkasse für das Land Berlin bleibt hiervon unberührt.

§ 19

Zusammenarbeit der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

(1) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten zusammenzuarbeiten.

(2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die zur Durchführung der Krankenversicherung und Betreuung der Versicherten erforderlichen Verwaltungsstellen zu errichten. Die Verwaltungsstellen haben auch laufende Verwaltungsaufgaben für die landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wahrzunehmen.

(3) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen können einzelnen Mitgliedern mit deren Zustimmung für örtliche Bezirke insbesondere die Annahme von Meldungen und Anträgen sowie die Beratung der Versicherten übertragen. Die entstandenen Aufwendungen sind zu erstatten. Die Vertreterversammlung kann feste Sätze für den Ersatz der Aufwendungen beschließen. Der Beschluß bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 20

Zuständigkeit

(1) Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die bei der für den Unternehmer zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft besteht. Betreibt der Unternehmer mehrere landwirt-

schaftliche Unternehmen, ist er Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die für das Unternehmen mit dem höchsten Wirtschaftswert zuständig ist. Versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, bei der der landwirtschaftliche Unternehmer versichert ist oder bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz versichert wäre.

(2) Mit Ausnahme der in Absatz 1 Genannten sind Versicherungspflichtige, Antragsteller nach § 23 Abs. 1 und Versicherungsberechtigte Mitglieder der Krankenkasse, in deren Bezirk sie ihren Wohnort haben.

§ 21

Wahlrecht der Studenten und Praktikanten

(1) Die Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse können wählen

1. eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,
2. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten,

wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 bestand.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Aufbringung der Mittel für die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen gelten.

§ 22

Beginn der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft beginnt

1. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer,
2. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 5 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme in das Mitgliederverzeichnis,
3. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger,
4. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag der Stellung des Antrags auf Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Waisengeld oder Landabgaberechte,
5. für die in § 2 Abs. 1 genannten Versicherungspflichtigen, die nach § 3 Abs. 1 Mitglied einer anderen Krankenkasse sind, mit dem Zeitpunkt, zu

dem ihre Mitgliedschaft als Versicherungspflichtige bei dieser Krankenkasse endet.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 6 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Die Mitgliedschaft der in § 6 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 7.

§ 23

Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Geldleistung aus der Altershilfe

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug dieser Leistungen zu erfüllen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Beantragung einer Leistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte. Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Person nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig ist.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 22 Abs. 1 Nr. 4 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt, daß die Mitgliedschaft nach Absatz 1 nicht eintritt. Die Erklärung ist innerhalb eines Monats nach Stellung des Leistungsantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben. Satz 1 gilt nicht für die in § 43 Abs. 2 genannten Versicherten.

(3) Eine Mitgliedschaft nach Absatz 1 wird nicht für Personen begründet, die von der Versicherungspflicht nach den §§ 4, 5 oder 57 Abs. 1 befreit sind; § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Die Mitgliedschaft nach Absatz 1 hat Vorrang vor einer Mitgliedschaft nach § 198 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn für die Person die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 für eine vorrangige Versicherungspflicht nach diesem Gesetz vorliegen.

§ 24

Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
2. mit dem Tag der Aufgabe der Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer,
3. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der landwirtschaftliche Unternehmer, dessen Unternehmen keine Existenzgrundlage im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 bildet, die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a genannte Mindesthöhe für eine Existenzgrundlage um mehr als die Hälfte unterschreitet

oder Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen hat, das die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b genannte Höhe übersteigt,

4. mit dem Tag der Aufgabe der hauptberuflichen Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger,
5. mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über den Wegfall des Anspruchs auf Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Landabgaberente oder Waisengeld unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig eine dieser Leistungen zu zahlen ist,
6. mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung über die Gewährung von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Landabgaberente oder Waisengeld für zurückliegende Zeiträume unanfechtbar wird,
7. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied als Versicherungspflichtiger Mitglied einer anderen Krankenkasse wird.

(2) Für das Ende der Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder gilt § 200 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 25

Fortbestehen der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Versicherungspflichtigen bleibt erhalten, solange

1. Anspruch auf Krankengeld oder auf Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz bezogen wird oder
2. von einem Rehabilitationsträger während einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

(3) Bei Wehr- und Zivildienst gilt § 202 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 26

Verfassung, Satzung, Organe

(1) Für die Verfassung gelten die §§ 203 bis 206 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind der Geschäftsführer und der Stellvertreter des

Geschäftsführers der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei der sie errichtet ist.

§ 27

Meldepflichten landwirtschaftlicher Unternehmer und früherer Versicherter

(1) Versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer haben die Aufnahme und die Aufgabe der Tätigkeit als landwirtschaftliche Unternehmer sowie alle sonstigen die Versicherungspflicht und Beitragshöhe sowie die Mitgliedschaft berührenden Tatbestände innerhalb von zwei Wochen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden.

(2) Die landwirtschaftlichen Unternehmer haben die Aufnahme und die Aufgabe der Beschäftigung der versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen innerhalb von zwei Wochen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden. Die §§ 28 a bis 28 c des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(3) Personen, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 erfüllen, haben sich bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden.

§ 28

Meldepflichten bei Wehrdienst und Zivildienst

Bei Einberufung zu einem Dienst auf Grund gesetzlicher Dienstpflicht von mehr als drei Tagen regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Verteidigung, dem Bundesminister der Finanzen und dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Meldeverfahren.

§ 29

Meldepflichten bei Bezug einer Leistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung

(1) Wer eine der in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen beantragt, hat mit dem Antrag eine Meldung für die landwirtschaftliche Krankenkasse einzureichen. Die landwirtschaftliche Alterskasse hat die Meldung unverzüglich an die landwirtschaftliche Krankenkasse weiterzugeben.

(2) Für Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, gilt § 210 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, daß die landwirtschaftliche Krankenkasse die Meldung erhält, wenn bei ihr eine Vorrangversicherung besteht.

(3) Der Rentenversicherungsträger hat der landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen

1. Beginn und Höhe der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie den Monat, für den die Rente erstmalig laufend gezahlt wird,

2. den Tag der Rücknahme des Rentenanspruches,
3. bei Ablehnung des Rentenanspruches den Tag, an dem die Ablehnung unanfechtbar geworden ist,
4. Ende, Entzug, Wegfall und Ruhen der Rente,
5. Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente.

Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten die in § 237 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen. Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat dem Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen, daß der Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihr versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz endet.

(4) Die landwirtschaftliche Alterskasse hat der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 genannten Leistungen zu melden. Absatz 3 gilt entsprechend.

(5) Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat der anderen Krankenkasse und dem zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich mitzuteilen, daß eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und § 198 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen nach diesem Gesetz versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz endet.

(6) Die Krankenkasse hat der landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen, daß eine der in § 2 Abs. 1 oder § 23 Abs. 1 genannten Personen nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig geworden ist; dies gilt entsprechend, wenn die Versicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften endet.

§ 30

Meldepflichten bei berufsfördernden Maßnahmen, Bezug von Vorruhestandsgeld, Versorgungsbezügen und Erziehungsgeld

Für die Meldepflichten bei Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen sowie bei Bezug von Vorruhestandsgeld, Versorgungsbezügen und Erziehungsgeld gelten § 209 Abs. 1 Nr. 2 und 3, § 211 und § 212 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31

Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Versicherungspflichtige, die Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte, eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) beziehen, haben ihrer landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich zu melden

1. Beginn und Höhe der Rente,

2. Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge,
3. Beginn, Höhe und Veränderungen des Arbeitseinkommens.

§ 32

Auskunftspflicht

Für Versicherte und landwirtschaftliche Unternehmer, bei denen versicherungspflichtige Familienangehörige mitarbeiten, gilt § 215 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 33

Prüfpflicht

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen prüfen mindestens alle vier Jahre die für die Versicherung und die Erhebung der Beiträge maßgebenden Tatsachen.

FÜNFTER ABSCHNITT

Bundesverband

§ 34

Aufgaben des Bundesverbandes

(1) Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht beim Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen. Im übrigen gilt das Siebte Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Neben den in § 226 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufgaben hat der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen die Zuschüsse des Bundes auf die Mitgliedskassen zu verteilen.

(3) Die Verwaltungskosten sind nach den Grundsätzen des § 51 zu erstatten.

§ 35

Organe des Bundesverbandes

(1) Selbstverwaltungsorgane des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind die Selbstverwaltungsorgane des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen.

(2) Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind der Geschäftsführer und der Stellvertreter des Geschäftsführers des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen. Für die Geschäftsführer und für die Stellvertreter des Geschäftsführers sind jeweils einheitliche Dienstbezüge nach den Grundsätzen des § 5 des Bundesbe-

soldungsgesetzes festzusetzen. Die Festsetzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Satzung kann für den Stellvertreter des Geschäftsführers eine von Satz 1 abweichende Regelung treffen.

SECHSTER ABSCHNITT

Finanzierung

§ 36

Grundsatz

(1) Die Mittel für die landwirtschaftliche Krankenversicherung werden durch Beiträge, durch Zuschüsse des Bundes und durch sonstige Einnahmen aufgebracht.

(2) Die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen sind vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch Beiträge nach den §§ 43 und 44 gedeckt sind.

(3) Die Zuschüsse nach § 4 Abs. 3 und § 57 Abs. 3 trägt der Bund.

§ 37

Festsetzung der Beiträge

Die Beiträge für die in § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 6 genannten Versicherungsberechtigten sind so festzusetzen, daß sie und die sonstigen Einnahmen für den Zeitraum des Haushaltsjahres die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben für diesen Personenkreis und für ihre nach § 7 versicherten Familienangehörigen sowie die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Für die Festsetzung sind der Betrag der vorgesehenen Einnahmen um einen zu Beginn des Haushaltsjahres vorhandenen Betriebsmittelüberschuß und der Betrag der vorgesehenen Ausgaben um eine erforderliche Auffüllung des Betriebsmittelbestandes zu erhöhen. § 229 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 38

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer

(1) Bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern werden, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, der Beitragsbemessung zugrunde gelegt

1. Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit, soweit es neben einer

Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Die §§ 236 bis 238 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Beiträge aus den in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt. Für die Berechnung dieser Beiträge gilt der nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Ortskrankenkassen des Landesverbandes, in dessen Bereich die landwirtschaftliche Krankenkasse ihren Sitz hat.

(3) Beiträge aus der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Rente sind nach dem in § 256 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragssatz bis zu der in § 232 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten.

§ 39

Beitragsberechnung bei Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft

(1) Die Beiträge nach § 38 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 werden nach Beitragsklassen festgesetzt. Die Satzung bestimmt die Beitragsklassen für die versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer nach dem Wirtschaftswert, dem Arbeitsbedarf oder einem anderen angemessenen Maßstab. Sie muß mindestens fünf und darf höchstens zehn Beitragsklassen vorsehen. Der Beitrag der höchsten Beitragsklasse muß mindestens das Dreifache des Beitrages der niedrigsten Beitragsklasse betragen und darf den sich aus Absatz 2 ergebenden Vergleichsbeitrag nicht übersteigen.

(2) Der Vergleichsbeitrag ist aus dem Dreißigfachen des in § 232 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages und dem durchschnittlichen Beitragssatz der Ortskrankenkassen zu ermitteln. Der durchschnittliche Beitragssatz wird berechnet aus dem Vomhundertsatz, der für versicherungspflichtige Mitglieder gilt, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben, und der Zahl der Ortskrankenkassen, die ihren Sitz im Bezirk der landwirtschaftlichen Krankenkasse haben.

(3) Für die Ermittlung des Wirtschaftswertes gilt § 1 Abs. 5 Satz 1 bis 4 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte. Ist der Wirtschaftswert des Gesamtunternehmens oder von Teilen des Unternehmens nicht zu ermitteln, ist von der genutzten Fläche und dem der Nutzungsart entsprechenden durchschnittlichen Hektarwert in der Gemeinde auszugehen.

(4) Der Arbeitsbedarf wird nach dem Durchschnittsmaß der für das Unternehmen erforderlichen menschlichen Arbeit unter Berücksichtigung der Kulturarten bemessen und nach der Zahl der Arbeitstage oder nach der Flächengröße festgesetzt. Das Nähere über die Ermittlung des Arbeitsbedarfs bestimmt die Satzung.

(5) Bei Anwendung eines anderen angemessenen Maßstabes bestimmt die Satzung das Verfahren.

(6) Macht der Beitragspflichtige trotz Aufforderung der landwirtschaftlichen Krankenkasse die für die Festsetzung des Wirtschaftswertes oder des Arbeitsbedarfs erforderlichen Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, kann der Beitrag bis zur ordnungsgemäßen Meldung nach dem von der Krankenkasse geschätzten Wirtschaftswert oder Arbeitsbedarf festgesetzt werden.

(7) Die Beiträge aus den in § 38 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten dürfen zusammen mit den nach Absatz 1 zu entrichtenden Beiträgen den Beitrag der höchsten Beitragsklasse nicht übersteigen. Bei der Beitragsberechnung werden die in § 38 Abs. 1 Satz 1 genannten Einnahmearten in der Reihenfolge Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit herangezogen. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung wird getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zu der in § 232 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. § 240 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 40

Auskunftspflicht des Beitragspflichtigen

Macht der Beitragspflichtige trotz Aufforderung der Krankenkasse die für die Festsetzung des außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommens erforderlichen Angaben nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, kann der Beitrag bis zur ordnungsgemäßen Meldung nach dem von der Krankenkasse geschätzten außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen festgesetzt werden.

§ 41

Beitragsberechnung für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

(1) Der Beitrag für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige aus ihrer Beschäftigung im landwirtschaftlichen Unternehmen wird durch die Satzung festgesetzt. Er beträgt mindestens 50 vom Hundert und höchstens 75 vom Hundert des Beitrages, den der landwirtschaftliche Unternehmer, in dessen Unternehmen der Familienangehörige beschäftigt ist, aus seinem Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft selbst zu zahlen hat oder zu zahlen hätte, wenn er nach diesem Gesetz versichert wäre. Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder die als Auszubildende beschäftigt sind, beträgt der Beitrag die Hälfte des in Satz 1 genannten Vomhundertsatzes.

(2) Steht der versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige gleichzeitig in einem anderen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, erhebt die landwirtschaftliche Krankenkasse die auf

das Beschäftigungsverhältnis entfallenden Beiträge nach den Vorschriften, die für die Krankenkasse gelten, deren Mitglied der Versicherte ohne die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenkasse wäre. § 187 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht.

(3) Für Schwangere, deren Mitgliedschaft nach § 25 Abs. 2 erhalten bleibt, gelten die Bestimmungen der Satzung.

(4) Die §§ 38 und 40 gelten entsprechend. Die Beiträge aus den in § 38 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 genannten Einnahmearten dürfen zusammen mit dem Betrag des Unternehmerbeitrags den Beitrag der höchsten Beitragsklasse nicht übersteigen. § 39 Abs. 7 Satz 2 bis 4 gilt.

(5) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige sind Beiträge nach Absatz 1 nicht zu entrichten, solange sie Krankengeld oder Mutterschaftsgeld erhalten oder Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz beziehen.

§ 42

Beitragsberechnung für besondere Personengruppen

(1) Die Beitragsberechnung bei Wehr- und Zivildienst richtet sich nach § 253 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Für die Beitragsberechnung bei Bezug von Vorruhestandsgeld gilt § 41 Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

§ 43

Beitragsberechnung für Antragsteller auf eine Geldleistung der Altershilfe

(1) Der Beitrag für nach § 23 versicherte Personen wird durch die Satzung festgesetzt. § 248 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Beitragsfrei sind während der Dauer der Mitgliedschaft nach § 23 Abs. 1

1. der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld, wenn die Ehe vor Vollendung des fünfundsiebzehnten Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
2. der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers von Landabgaberente,
3. die Waise, deren verstorbener Elternteil bis zu seinem Tod Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
4. Personen, für die ohne die Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 eine Versicherung nach § 7 dieses Gesetzes oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestünde.

§ 44

Beitragsberechnung für Altenteller

(1) Bei den nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 Versicherungspflichtigen werden der Beitragsbemessung in folgender Reihenfolge zugrunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge nach § 238 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft,
3. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 237 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

(2) Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nur zu entrichten, wenn der Zahlbetrag dieser Einnahmearten insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und soweit diese Einnahmearten zusammen mit der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die in § 232 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Der Beitragsatz für diese Einnahmearten bestimmt sich nach § 38 Abs. 2 Satz 2; für die Rente gilt § 256 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 40.

§ 45

Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt. Die §§ 233 und 249 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten. Für das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen gilt § 40.

§ 46

Tragung der Beiträge

Vorbehaltlich des § 47 tragen versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder sowie die in § 23 Abs. 1 genannten Antragsteller die Beiträge allein.

§ 47

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Die landwirtschaftlichen Unternehmer tragen die Beiträge nach § 41 Abs. 1 für die versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen. Haben mehrere landwirtschaftliche Unternehmer gleichzeitig für denselben mitarbeitenden Familienangehörigen Beiträge zu tragen, darf der Beitrag insgesamt den höchsten Beitrag, den einer der Unternehmer nach § 41 Abs. 1 zu zahlen hat, nicht übersteigen. Die landwirtschaftliche Krankenkasse verteilt die Beitragsteile.

(2) Der zuständige Leistungsträger trägt die nach § 39 Abs. 1, § 41 Abs. 1 oder § 45 während des Bezugs

von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld zu zahlenden Beiträge.

(3) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 42 Abs. 1.

§ 48

Zahlung der Beiträge

Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat.

§ 49

Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

(1) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus ihrer Rente zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 264 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Beiträge, die Versicherungspflichtige aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind von den Zahlstellen der Versorgungsbezüge einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. § 265 Abs. 1 Satz 2 bis 4 und Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 50

Verwendung und Verwaltung der Mittel, Rücklage und Gesamtrücklage

(1) Für die Verwendung und Verwaltung der Mittel gelten die §§ 268 bis 272 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Satzung kann den Durchschnittsbetrag der Betriebsmittel auf den zweifachen Monatsbetrag der Ausgaben erhöhen.

(2) Bei der Bestimmung der Höhe der Rücklage kann in der Satzung ein Vomhundertsatz festgelegt werden, der mindestens der Hälfte und höchstens dem zweifachen des durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll) entspricht. Bei der Berechnung des Rücklagesolls bleiben die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen außer Ansatz.

(3) Beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann eine Gesamtrücklage gebildet werden.

§ 51

Erstattung der Verwaltungskosten

Verwaltungskosten, die der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder der landwirtschaftlichen Alterskasse auf Grund dieses Gesetzes entstehen, sind von der bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft errichteten landwirtschaftlichen Krankenkasse zu erstatten. Verwaltungskosten, die der landwirtschaftlichen Krankenkasse durch die Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder der landwirtschaftlichen Alterskasse entstehen, sind ihr zu erstatten.

§ 52

Verordnungsermächtigung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres bestimmen über

1. die Nachweise der Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten und der Zuschüsse nach § 4 Abs. 3 und § 57 Abs. 3 sowie die Zahlung der Zuschüsse des Bundes,
2. die Zahlung der Beiträge nach den §§ 43 und 44.

§ 53

Finanzausgleiche

Für den Finanzausgleich bei aufwendigen Leistungsfällen und anderen aufwendigen Belastungen sowie für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen gelten die §§ 274 und 276 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

SIEBTER ABSCHNITT

Medizinischer Dienst, Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten

§ 54

Medizinischer Dienst, Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten

Für den Medizinischen Dienst, das Versichertenverzeichnis und die Leistungsdaten gelten die §§ 283 bis 312 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

ACHTER ABSCHNITT

Bußgeldvorschriften, Anwendung sonstiger Vorschriften

§ 55

Bußgeldvorschriften, Zusammenarbeit

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer
 1. a) entgegen § 27 Abs. 1, 2 Satz 1 oder 2 in Verbindung mit § 28 a Abs. 1 bis 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch oder entgegen § 31 Nr. 3 oder b) als für die Zahlstelle von Versorgungsbezügen Verantwortlicher entgegen § 30 in Verbindung mit § 211 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
 2. einer Rechtsverordnung nach § 27 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 28 c Nr. 1 bis 5, 7 oder 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist, oder
 3. entgegen § 32 in Verbindung mit § 215 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
 - a) eine Auskunft oder eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt oder
 - b) die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.
- (3) Für die Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten gilt § 313 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 56

Anwendung sonstiger Vorschriften

Soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt, gelten für die landwirtschaftlichen Krankenkassen und deren Bundesverband die §§ 690 bis 704 und 978 der Reichsversicherungsordnung und die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

NEUNTER ABSCHNITT

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 57

- (1) Eine Befreiung nach den §§ 4 und 94 Abs. 1 des bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte kann nicht widerrufen werden. Die landwirtschaftliche Krankenkasse hat eine Befreiung von der nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bestehenden Versicherungspflicht auf Antrag des Befreiten zu widerrufen, wenn dieser ohne die Befreiung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 versicherungspflichtig wäre; der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Erfüllung der Voraussetzungen für diese Versicherungspflicht zu stellen.

(2) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und nach diesem Gesetz versicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Satz 1 gilt entsprechend, wenn für einen Angehörigen des in Absatz 1 Satz 2 Genannten eine Versicherung nach § 7 entsteht, oder wenn zugunsten einer Person, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3, 4 oder 5 versicherungspflichtig wird, ein Versicherungsvertrag besteht.

(3) Die von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 befreiten Personen erhalten auf ihren Antrag von der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse einen Zuschuß zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Leistungen, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit entsprechen, versichert sind. Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Zweiundzwanzigstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden. Zuständig ist die landwirtschaftliche Krankenkasse, die die Befreiung nach Absatz 1 festgestellt hat. Der Anspruch entfällt, solange Anspruch auf den Zuschuß nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

§ 58

(1) Die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Versicherten, die im Monat Dezember 1982 wegen des Bezugs einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 95 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der am 31. Dezember 1982 geltenden Fassung Anspruch auf einen Zuschuß des Trägers der Rentenversicherung zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen hatten, erhalten für die Dauer des Rentenbezugs einen Beitragsnachlaß in Höhe des für den Monat Dezember 1982 gezahlten Zuschusses.

(2) Die nach Absatz 1 entstehenden Beitragsausfälle sind durch Beiträge auszugleichen, die von Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden.

§ 59

(1) Die auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen übergegangene Verpflichtung zur Versorgung der ehemaligen dienstordnungsmäßig Angestellten einer Landkrankenkasse und ihrer Hinterbliebenen richtet sich nach den versorgungsrechtlichen Vorschriften, die am 1. Oktober 1972 anzuwenden waren. Werden hiernach Bezüge der Versorgungsempfänger allgemein erhöht oder vermindert, erhöhen oder vermindern sich von demselben Zeitpunkt an die Versorgungsbezüge der in Satz 1 genannten Personen entsprechend. Das gleiche gilt bei Änderungen der Versorgungsstruktur zugunsten der Versorgungsempfänger.

(2) Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen nimmt einen Ausgleich der Versorgungsleistungen, die die landwirtschaftlichen Krankenkassen nach § 106 Abs. 2 des bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und nach Absatz 1 zu erbringen haben, unter Verwendung des von den Ortskrankenkassen zu erstattenden Teils nach den Grundsätzen vor, nach denen der Versorgungsausgleich bis zum 30. September 1972 vom Bundesverband der Landkrankenkassen durchgeführt wurde.

(3) Die Ortskrankenkassen, auf die Mitglieder der Landkrankenkassen übergegangen sind, haben in ihrer Gesamtheit den landwirtschaftlichen Krankenkassen den Aufwand für Versorgungsleistungen nach § 106 Abs. 2 des bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und nach Absatz 1 zu dem Teil zu erstatten, der dem Verhältnis entspricht, in dem die Mitglieder der Landkrankenkassen Mitglieder der Ortskrankenkassen geworden sind. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen legen den Vomhundertsatz, zu dem die Versorgungsleistungen zu erstatten sind, durch schriftliche Vereinbarung fest. Der Bundesverband der Ortskrankenkassen erhebt den zu erstattenden Teil der Versorgungsleistungen durch eine Umlage von den in Satz 1 bezeichneten Ortskrankenkassen und überweist ihn dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(4) Die Verpflichtungen, die den Landkrankenkassen auf Grund der Dreiundzwanzigsten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes fallenden Personen vom 15. August 1959 (BGBl. I S. 634) oblagen, sind am 1. Oktober 1972 auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen übergegangen, mit denen Landkrankenkassen vereinigt worden sind. Die nach § 2 der in Satz 1 bezeichneten Verordnung aufzubringenden Mittel sind zu dem Teil von den Ortskrankenkassen zu erstatten, der dem Verhältnis entspricht, in dem die Mitglieder der Landkrankenkassen Mitglieder der Ortskrankenkassen geworden sind. Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten.

§ 60

Rechtsverordnungen und allgemeine Verwaltungsvorschriften, die auf Grund von Vorschriften erlassen worden sind, auf die dieses Gesetz verweist, gelten auch für die Krankenversicherung der Landwirte.

§ 61

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 8

Reichsknappschaftsgesetz (822-1)

Das Reichsknappschaftsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . .), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 15 bis 19 werden gestrichen.
2. § 20 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Krankenversicherung gelten die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit dieses Gesetz und § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), nichts Abweichendes bestimmen.“
3. In § 30 Abs. 1 Nr. 4 wird am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„d) auf Grund einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
4. In § 36 b Abs. 1 Nr. 5 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefaßt:

„§ 37 Abs. 4 und § 141 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend,“
5. In § 39 Satz 4 wird die Verweisung „§ 189 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 48 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
6. In § 40 Abs. 1 Satz 1 werden die Verweisung „(§ 182 Abs. 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 46 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ und die Worte „der Regellohn“ durch die Worte „das Regeltgelt“ ersetzt.
7. § 40 f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
8. In § 42 Abs. 2 wird die Verweisung „§ 184 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 38 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
9. § 96 c wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Der Rentenbezieher, der

1. nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz pflichtversichert ist oder
2. freiwillig nach den in Nummer 1 genannten Gesetzen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Krankenversicherungsunternehmen, das der deutschen Aufsicht unterliegt, versichert ist,

erhält zu seiner Rente einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 1 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie aus der Rente der Rentenversicherung zu tragen haben. Bei Rentenbeziehern nach Absatz 1 Nr. 2 wird der monatliche Zuschuß in Höhe der Hälfte des Beitrages geleistet, den sie bei Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aus ihrer Rente zu tragen hätten, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung. Bezieht ein Rentner mehrere Renten aus der Rentenversicherung, wird der Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet.“
10. In § 113 Satz 2 wird die Verweisung „§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
11. § 114 Abs. 1 a wird gestrichen.
12. In § 116 Satz 2 wird die Verweisung „§§ 200 und 200 a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
13. Die §§ 117 und 119 werden gestrichen.
14. § 120 wird wie folgt gefaßt:

„§ 120

Die Verwaltungskosten für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 oder 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtigen Rentner werden der knappschaftlichen Krankenversicherung von der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet.“
15. Die §§ 121 und 125 werden gestrichen.
16. § 159 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Beschäftigten bei der Bundesknappschaft werden bei der Bundesknappschaft versichert. Die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung richten sich für die knappschaftliche Rentenversicherung nach den Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversi-

cherungsordnung, soweit dieses Gesetz nichts Abweichendes bestimmt. Für die knappschaftliche Krankenversicherung richten sich die Versicherungsfreiheit, die Befreiung von der Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

17. Die §§ 204, 204 a und 239 werden gestrichen.

Artikel 9 Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (826-28)

Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716), wird wie folgt geändert:

(1) Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „Kranken- und“ gestrichen.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „Kranken- und“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird gestrichen.
 - c) In Absatz 4 wird das Wort „Sozialversicherung“ durch das Wort „Rentenversicherung“ ersetzt.
3. Die §§ 4 bis 7 werden gestrichen.
4. In § 8 Satz 1 werden die Worte „des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr“ durch die Worte „der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

(2) Artikel 3 § 1 wird gestrichen.

Artikel 10 Künstlersozialversicherungsgesetz (8253-1)

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2794), wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt gefaßt:

„§ 5

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird nach diesem Gesetz nicht versichert, wer

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist,

2. nach § 159 des Reichsknappschaftsgesetzes versichert ist,
3. nach § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes versichert ist,
4. nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert ist,
5. bei einer Krankenkasse freiwillig versichert ist,
6. nach § 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist,
7. nach § 159 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 6 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist,
8. nicht nur vorübergehend eine nicht unter § 2 Abs. 1 fallende Tätigkeit erwerbsmäßig ausübt."

2. In § 6 Abs. 1 werden die Worte „einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „einer Krankenkasse“ ersetzt.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung als Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch die Worte „§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „Jahresarbeitsverdienstgrenze nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

4. In § 8 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „§ 180 a Abs. 2 und § 393 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 243 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

5. § 12 wird wie folgt gefaßt:

„§ 12

Der Beitragsanteil des Versicherten zur Erfüllung der Verpflichtungen, die der Künstlersozialkasse zugunsten des Versicherten gegenüber der zuständigen Krankenkasse obliegen, bemißt sich nach dem Arbeitseinkommen aus einer oder mehreren Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 bis zu der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze. Soweit in anderen gesetzlichen Vorschriften Beitragsbemessungsgrenzen für kürzere Zeiträume festgesetzt sind, sind sie nicht anzuwenden. Hat die Versicherung nur für Teile des Kalenderjahres bestanden, so ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze nur mit dem entsprechenden Teil zu berücksichtigen. § 11 Abs. 3 gilt. Für Zeiten, in denen Anspruch auf Kranken- oder Mutterschaftsgeld besteht oder Beiträge nach § 260 Abs. 1 des Fünften Buches Sozial-

gesetzbuch zu entrichten sind, ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze entsprechend herabzusetzen.“

6. In § 13 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Worte „Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen“ ersetzt.

Artikel 11

Handwerkerversicherungsgesetz (8250-1)

In § 5 Abs. 2 des Handwerkerversicherungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8250-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, werden die Worte „Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „Krankenkassen“ ersetzt.

Artikel 12

Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung (8230-35)

Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241) wird gestrichen.

Artikel 13

Arbeiterrentenversicherungs- Neuregelungsgesetz (8232-4)

Artikel 2 des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8232-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 28 a Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 1304 e der Reichsversicherungsordnung in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989. Besteht am 1. Juli 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, der nicht nur nach Anwendung von § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rentenanpassungsgesetzes 1988 für Juni 1989 höher als 5,9 vom Hundert der Rente war, wird der Zuschuß zu der Rente und zu der umgewandelten Rente mindestens in der bisherigen Höhe, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung weitergeleistet. Bestand am 30. Juni

1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für einen Berechtigten, der bereits zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Krankenversicherungsunternehmen versichert war, wird dieser Zuschuß in der bisherigen Höhe zu der Rente und zu der umgewandelten Rente weitergeleistet.“

2. In § 41 b Abs. 3 Satz 4 werden nach der Zahl „4“ die Worte „in der am 30. Juni 1989 geltenden Fassung“ angefügt.
3. In § 51 a Abs. 4 wird die Verweisung „der §§ 165, 1304 e der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „des § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des § 1304 e der Reichsversicherungsordnung“ ersetzt.

Artikel 14

Angestelltenversicherungs- Neuregelungsgesetz (821-2)

Artikel 2 des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 27 a Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 83 e des Angestelltenversicherungsgesetzes in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989. Besteht am 1. Juli 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung, der nicht nur nach Anwendung von § 4 Abs. 2 Satz 2 des Rentenanpassungsgesetzes 1988 für Juni 1989 höher als 5,9 vom Hundert der Rente war, wird der Zuschuß zu der Rente und zu der umgewandelten Rente mindestens in der bisherigen Höhe, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung weitergeleistet. Bestand am 30. Juni 1989 Anspruch auf einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung für einen Berechtigten, der bereits zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem der deutschen Aufsicht unterliegenden Krankenversicherungsunternehmen versichert war, wird dieser Zuschuß in der bisherigen Höhe zu der Rente und zu der umgewandelten Rente weitergeleistet.“

2. In § 40 b Abs. 3 Satz 4 werden nach der Zahl „4“ die Worte „in der am 30. Juni 1989 geltenden Fassung“ angefügt.
3. In § 49 a Abs. 4 wird die Verweisung „§ 165 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 15

Knappschaftsrentenversicherungs- Neuregelungsgesetz (822-8)

Artikel 2 § 19 c Abs. 1 des Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-8, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(1) § 96 c des Reichsknappschaftsgesetzes in der vom 1. Juli 1989 an geltenden Fassung gilt auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Juli 1989.“

Artikel 16

Gesetz über Kassenarztrecht (8230-22)

Artikel 4 § 2 Abs. 3 des Gesetzes über Kassenarztrecht in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-22, veröffentlichten bereinigten Fassung, das durch § 89 des Gesetzes vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433) geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 17

Zulassungsordnung für Kassenärzte (8230-25)

Die Zulassungsordnung für Kassenärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1679), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung „Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte)“ wird ersetzt durch die Bezeichnung „Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV)“.
2. In § 1 Abs. 2 Buchstabe a werden die Worte „und die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte“ gestrichen.
3. In § 2 Abs. 1 werden die Worte „oder die Beteiligung“ gestrichen.
4. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:
 - „b) die Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit in Vollzeitbeschäftigung.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:
 - „(3) Die Vorbereitungszeit muß eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes einschließen. Die verblei-

benden sechs Monate sind in Stellen mit patientenbezogener Tätigkeit abzuleisten. Soweit die Tätigkeit als Arzt im Praktikum im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde abgeleistet worden ist, wird diese auf die Tätigkeit nach Satz 2 bis zur Höchstdauer von sechs Monaten angerechnet.“

- c) Nach Absatz 3 wird eingefügt:
 - „(4) Tätigkeiten nach Absatz 3 können nicht angerechnet werden, wenn sie in kürzeren Zeitabschnitten als drei Wochen abgeleistet werden.“
 - d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Worte „oder beteiligter“ gestrichen.
 - b) In Absatz 2 werden die Worte „oder beteiligt“ gestrichen.
6. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Worte „und die Beteiligung“ gestrichen sowie das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „sowie für die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung“ gestrichen.
 - c) In Absatz 3 wird die Verweisung „(§ 368 m Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 89 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
7. In § 12 Abs. 1 werden nach den Worten „Landesverbänden der Krankenkassen“ die Worte „und den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
8. § 13 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 werden die Worte „und die Landesverbände der Krankenkassen“ durch die Worte „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 5 wird nach dem Wort „unterstützen“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der anschließende Text durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen die Ergebnisse nach Absatz 4 auswerten, gemeinsam beraten sowie den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.“
9. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:
- „(1) Kommt das Einvernehmen bei der Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den

Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch einen der Beteiligten unverzüglich darüber zu beraten und zu entscheiden. Soweit die Hinzuziehung weiterer Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 entsprechend."

10. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „oder den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368r Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 108 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

11. § 16b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „oder eines Landesverbandes der Krankenkassen“ durch die Worte „eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368t Abs. 7 bis 9 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 111 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

12. Nach § 24 wird eingefügt:

„§ 25

Die Zulassung eines Arztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist."

- 13. In § 26 Abs. 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- 14. In § 27 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- 15. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „(§ 368 a Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 103 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- 16. Der bisherige Abschnitt VIII wird gestrichen.
- 17. Der bisherige Abschnitt VIIIa wird neuer Abschnitt VIII und wie folgt gefaßt:

„Abschnitt VIII. Ermächtigung

§ 31

(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtun-

gen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

- a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder
- b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung vorsehen.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 auch Ärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit ihnen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt worden ist.

(4) Die Ermächtigungen nach den Absätzen 1 bis 3 setzen die vorherige Teilnahme an einem Einführungslehrgang nach § 17 voraus.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmantelvertrag Regelungen über die Ermächtigung von Ärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen.

(6) Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten. Ihm sind die Approbationsurkunde sowie die in § 18 Abs. 1 Buchstabe c und Abs. 2 Buchstabe e genannten Bescheinigungen und Erklärungen beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(8) Ein Arzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genannten Gründe ihn für die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versagungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen haben. Sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn

ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden.

(9) Die Ermächtigung eines Arztes, der das fünf- und fünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.

(10) Über die Ermächtigungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

§ 31 a

(1) Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

(2) Der Antrag eines Krankenhausarztes auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Ihm sind die in § 31 Abs. 6 genannten Bescheinigungen und Erklärungen, die Urkunde, aus der sich die Berechtigung zum Führen einer Gebietsbezeichnung ergibt, sowie eine schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) § 31 Abs. 7 bis 10 gilt entsprechend."

18. Nach § 32 wird eingefügt:

„§ 32 a

Der ermächtigte Arzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluß bestimmte kassenärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Satz 2 gilt nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe b."

19. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird gestrichen.

bb) In Buchstabe c wird an die Verweisung „§ 31 Abs. 1 bis 3" die Verweisung „oder § 31 a Abs. 1" angefügt und die Verweisung „§ 31 Abs. 7" durch die Verweisung „§ 31 Abs. 10" ersetzt.

cc) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe b.

b) In Absatz 3 Buchstabe a werden die Worte „und Absatz 2 Buchstabe c" gestrichen.

20. § 54 wird gestrichen.

21. Die Anlage zu § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„Anlage
(zu § 2 Abs. 2)

Muster für das Arztregister

Das Arztregister hat folgende Angaben zu enthalten:

1. Laufende Nummer
2. Name und Titel
3. Vorname
4. Wohnort
5. Geburtsdatum und -ort
6. a) Wohnungsanschrift
- b) Praxisanschrift
7. Familienstand
8. Staatsangehörigkeit
9. Fremdsprachenkenntnisse
10. Datum des Staatsexamens
11. Datum der Approbation
12. Datum der Promotion
13. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet
14. Niedergelassen als
 prakt. Arzt ab
- Arzt für ab
15. Ausübung sonstiger ärztlicher Tätigkeit ...
16. Eingetragen am
17. Zugelassen am
18. Zulassung beendet am
19. Zulassung ruht seit
20. Zulassung entzogen am
21. Approbation entzogen am
22. Approbation ruht seit
23. Verhängung eines Berufsverbotes am
24. Im Arztregister gestrichen am
25. Bemerkungen

Artikel 18

Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (8230-26)

Die Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Juli 1987 (BGBl. I S. 1681), wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung „Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (ZO-Zahnärzte)“ wird ersetzt durch die Bezeichnung „Zulassungsverordnung für Kassenzahnärzte (Zahnärzte-ZV)“.
2. In § 1 Abs. 2 Buchstabe a werden die Worte „und die an der kassenzahnärztlichen Versorgung beteiligten Zahnärzte“ gestrichen.
3. In § 2 Abs. 1 werden die Worte „oder die Beteiligung“ gestrichen.
4. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „oder beteiligter“ gestrichen.
 - b) In Absatz 2 werden die Worte „oder beteiligt“ gestrichen.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Worte „und die Beteiligung“ gestrichen sowie das Wort „sind“ durch das Wort „ist“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „sowie für die Beteiligung an der kassenzahnärztlichen Versorgung“ gestrichen.
 - c) In Absatz 3 wird die Verweisung „(§ 368 m Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 89 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
6. In § 12 Abs. 1 werden nach den Worten „Landesverbänden der Krankenkassen“ die Worte „und den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
7. § 13 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 werden die Worte „und die Landesverbände der Krankenkassen“ durch die Worte „, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 5 wird nach dem Wort „unterstützen“ das Komma durch einen Punkt und der anschließende Text durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen die Ergebnisse nach Absatz 4 auswerten, gemeinsam beraten sowie den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen und den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von der Auswertung und dem Beratungsergebnis unterrichten.“
8. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Kommt das Einvernehmen bei der Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht zustande, hat der Landesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch einen der Beteiligten unverzüglich darüber zu beraten und zu entscheiden. Soweit die Hinzuziehung weiterer
- Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 entsprechend.“
9. § 16 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Worte „oder den Verbänden der Ersatzkassen“ eingefügt.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 r Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 108 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
10. § 16 b wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „oder eines Landesverbandes der Krankenkassen“ durch die Worte „eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 t Abs. 7 bis 9 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 111 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
11. Nach § 24 wird eingefügt:

„§ 25

Die Zulassung eines Zahnarztes, der das fünf- und fünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.“
12. In § 26 Abs. 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
13. In § 27 Satz 1 wird die Verweisung „§ 368 a Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 103 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
14. In § 28 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „(§ 368 a Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 103 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
15. Der bisherige Abschnitt VIII wird gestrichen.
16. Der bisherige Abschnitt VIII a wird neuer Abschnitt VIII und wie folgt gefaßt:

„Abschnitt VIII. Ermächtigung

§ 31

(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte oder in besonderen Fällen zahnärztliche geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um

 - a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder

b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.

(2) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung vorsehen.

(3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 auch Zahnärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit ihnen von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde erteilt worden ist.

(4) Die Ermächtigungen nach den Absätzen 1 bis 3 setzen die vorherige Teilnahme an einem Einführungslehrgang nach § 17 voraus.

(5) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen haben im Bundesmantelvertrag Regelungen über die Ermächtigung von Zahnärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung zur vorübergehenden Erbringung von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen.

(6) Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten. Ihm sind die Approbationsurkunde sowie die in § 18 Abs. 1 Buchstabe c und Abs. 2 Buchstabe e genannten Bescheinigungen und Erklärungen beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Im Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Zahnarzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

(8) Ein Zahnarzt darf nicht ermächtigt werden, wenn die in § 21 genannten Gründe ihn für die Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen. Die Ermächtigung ist zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, daß bei ihrer Erteilung Versagungsgründe im Sinne des Satzes 1 vorgelegen haben. Sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person des Zahnarztes liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn zahnärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden.

(9) Die Ermächtigung eines Zahnarztes, der das fünfundfünfzigste Lebensjahr vollendet hat, ist ausgeschlossen. Der Zulassungsausschuß kann von Satz 1 in Ausnahmefällen abweichen, wenn

dies zur Sicherstellung der kassenzahnärztlichen Versorgung oder zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist.

(10) Über die Ermächtigungen führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.

§ 31 a

(1) Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der kassenzahnärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

(2) Der Antrag eines Krankenhausarztes auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten, in dessen Bereich das Krankenhaus gelegen ist. Ihm sind die in § 31 Abs. 6 genannten Bescheinigungen und Erklärungen, die Urkunde, aus der sich die Berechtigung zum Führen einer Gebietsbezeichnung ergibt, sowie eine schriftliche Zustimmungserklärung des Krankenhausträgers beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) § 31 Abs. 7 bis 10 gilt entsprechend."

17. Nach § 32 wird eingefügt:

„§ 32 a

Der ermächtigte Zahnarzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluß bestimmte kassenzahnärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Satz 2 gilt nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe b."

18. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe b wird gestrichen.

bb) In Buchstabe c wird an die Verweisung „§ 31 Abs. 1 bis 3“ die Verweisung „oder § 31 a Abs. 1“ angefügt und die Verweisung „§ 31 Abs. 7“ durch die Verweisung „§ 31 Abs. 10“ ersetzt.

cc) Der bisherige Buchstabe c wird Buchstabe b.

b) In Absatz 3 Buchstabe a werden die Worte „und Absatz 2 Buchstabe c“ gestrichen.

19. Die Anlage zu § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„Anlage
(zu § 2 Abs. 2)

Muster für das Zahnarztregister

Das Zahnarztregister hat folgende Angaben zu enthalten:

1. Laufende Nummer
2. Name und Titel
3. Vorname
4. Wohnort
5. Geburtsdatum und -ort
6. a) Wohnungsanschrift
- b) Praxisanschrift
7. Familienstand
8. Staatsangehörigkeit
9. Fremdsprachenkenntnisse
10. Datum des Staatsexamens
11. Datum der Approbation
12. Datum der Promotion
13. Niedergelassen ab
14. Ausübung sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit
15. Eingetragen am
16. Zugelassen am
17. Zulassung beendet am
18. Zulassung ruht seit
19. Zulassung entzogen am
20. Approbation entzogen am
21. Approbation ruht seit
22. Verhängung eines Berufsverbotes am
23. Im Zahnarztregister gestrichen am
24. Bemerkungen

Artikel 19
Schiedsamtordnung
(827-10)

Die Schiedsamtordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 7. März 1978 (BGBl. I S. 384), wird wie folgt geändert:

1. In der Bezeichnung wird das Wort „Schiedsamtordnung“ durch das Wort „Schiedsamtverordnung“ ersetzt.
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, zwei Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und zwei Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter.“

- b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Einen Vertreter der Krankenkassen und seine Stellvertreter in den Landesschiedsämtern bestellt der Landesverband, für den durch Entscheidung des Landesschiedsamts der Vertragsinhalt festgesetzt wird.“

- c) Nach Absatz 2 wird eingefügt:

„(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, fünf Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und fünf Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter. Die stellvertretenden Mitglieder in den Bundesschiedsämtern werden durch die Körperschaft oder den Verband bestellt, die den Vertreter entsenden. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft bestellt.“

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; danach wird angefügt:

„(5) Die Vorschriften dieser Verordnung gelten für die Landes- und Bundesschiedsämter gleichermaßen, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Verweisung „§ 368i Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 97 Abs. 3 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

- b) Satz 3 wird gestrichen.

4. In § 12 Satz 2 werden in der Klammerverweisung die Worte „und § 22 b Abs. 3“ sowie nach dem Wort „tragen“ die Worte „nach Abzug eines Kostenanteils nach § 22 a Abs. 4 Sätze 1 und 2“ gestrichen.

5. Der Zweite Abschnitt „Besondere Vorschriften für die Schiedsämter für die kassenzahnärztliche Versorgung“ wird gestrichen.

Artikel 20
KV-Pauschalbeitragsverordnung
(8230-30)

Die Verordnung über die pauschale Berechnung und die Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für die Dauer eines auf Grund gesetzlicher Pflicht zu leistenden Dienstes vom 13. November 1973 (BGBl. I S. 1664), geändert durch Verordnung vom 9. April 1976 (BGBl. I S. 1010), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Worte „Träger der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 1 und 2, § 166 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und nach § 15 Abs. 1 und § 16 des Reichsknappschaftsgesetzes“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 Nr. 1 wird die Verweisung „§ 209 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 202 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und werden die Worte „einem Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „einer Krankenkasse“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 Nr. 2 wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 und nach § 315 a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und nach § 198 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - d) In Absatz 4 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ ersetzt.
2. In § 3 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „die Krankenkassen“ durch die Worte „deren Mitgliedskassen“ ersetzt.
3. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Worte „Träger der Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4 werden die Worte „die Krankenkassen“ durch die Worte „ihre Mitgliedskassen“ ersetzt.

Artikel 21

Krankenhausfinanzierungsgesetz
(2126-9)

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Dezember 1985 (BGBl. 1986 I S. 33) wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die §§ 10 und 28 bleiben unberührt.“

2. In § 5 Abs. 1 Nr. 7 werden die Worte „Kur- und Spezialeinrichtungen“ durch die Worte „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 115 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In der Nummer 5 werden die Worte „oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben“ gestrichen und der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Es wird angefügt:

„6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.“

4. In § 18 Abs. 1 wird angefügt:

„Die Pflegesatzvereinbarung bedarf der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Landesverbände der Vereinbarung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß gemeinsam widersprechen.“

5. In § 27 wird die Verweisung „§ 525 a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 221 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

6. § 28 wird wie folgt gefaßt:

„§ 28

Auskunftspflicht und Statistik

(1) Die Träger der nach § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie den zuständigen Behörden der Länder auf Verlangen Auskünfte über die Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach diesem Gesetz benötigt werden. Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser, die im Krankenhaus in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeine statistische Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen. Die zuständigen Landesbehörden können darüber hinaus von den Krankenhausträgern Auskünfte über Umstände verlangen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz benötigen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für Zwecke dieses Gesetzes Erhebungen insbesondere über die von Absatz 1 erfaßten Sachverhalte als Bundesstatistik anzuordnen und das Nähere über Inhalt und Umfang dieser Statistik, die Art der Erhebung, die Berichtszeit, die Periodizität sowie den Kreis der Befragten einschließlich der in den §§ 3 und 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen zu bestimmen. Die Statistischen Landesämter stellen den zuständigen Landesbehörden für Zwecke der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz die Er-

hebungsbögen der nach § 116 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser zur Verfügung.

(3) Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von Absatz 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Gesundheitswesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt."

Artikel 22 Apothekenbetriebsordnung (2121-2-2)

In § 14 Abs. 1 der Apothekenbetriebsordnung vom 9. Februar 1987 (BGBl. I S. 547) wird angefügt:

„Soweit es sich bei den Arzneimitteln um Teilmengen von Fertigarzneimitteln handelt, sind auf den Behältnissen und, soweit verwendet, den äußeren Umhüllungen die Angaben nach Satz 1 Nr. 1 bis 3 und außerdem

1. die Bezeichnung,
2. die Zulassungsnummer,
3. die Chargennummer,
4. die Darreichungsform,
5. das Verfalldatum mit dem Hinweis „verwendbar bis“,
6. die Kennzeichnung „verschreibungspflichtig“ bzw. „apothekenpflichtig“

des Fertigarzneimittels anzugeben und eine Ausfertigung der Packungsbeilage beizufügen.“

Artikel 23 Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung (826-3)

Abschnitt II des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel II § 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Artikel 2 § 1 wird wie folgt gefaßt:

„§ 1

Die Landesversicherungsanstalt ist Träger der Krankenversicherung für solche Aufgaben, die zweckmäßig gemeinsam für ihren Bezirk durchgeführt werden (Gemeinschaftsaufgaben).“

2. Artikel 2 § 2 wird gestrichen.
3. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

- a) In § 1 werden die Worte „Krankenkassen (§ 225 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Worte „Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen“ ersetzt.

- b) § 2 wird gestrichen.

- c) § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und die Ersatzkassen für Arbeiter unterstehen den Weisungen der Landesversicherungsanstalt, soweit es sich um die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung handelt.“

- d) § 5 wird wie folgt gefaßt:

„§ 5

Was über das Verhältnis der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zur Landesversicherungsanstalt vorgeschrieben ist, gilt entsprechend für das Verhältnis der See-Krankenkasse (§ 174 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) zur Seekasse (§ 1375 der Reichsversicherungsordnung); es gilt nicht für die Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums und die Bundesbahn-Betriebskrankenkasse.“

4. Artikel 8 § 3 wird gestrichen.

Artikel 24 Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) (8230-10)

Die Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2241), wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 wird gestrichen.
2. Nummer 3 wird gestrichen.
3. Nummer 5 wird gestrichen.
4. In Nummer 6 wird die Verweisung „(§ 342 Abs. 2, § 413 Abs. 2 Satz 3, § 414 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§§ 342 und 413 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung)“ ersetzt.

Artikel 25

Selbstverwaltungs- und Kranken-
versicherungsangleichungsgesetz
Berlin
(826-12)

Das Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 826-12, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird gestrichen.
2. § 18 wird gestrichen.

Artikel 26

Sozialversicherungs-Angleichungs-
gesetz Saar
(826-19)

Das Sozialversicherungs-Angleichungsgesetz-Saar vom 15. Juni 1963 (BGBl. I S. 402), zuletzt geändert durch Artikel 30 des Gesetzes vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 wird das Wort „Zweite“ durch die Worte „Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und das“ ersetzt.
2. § 4 wird gestrichen.

Artikel 27

Selbstverwaltungsgesetz
(827-6)

§ 33 des Selbstverwaltungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. August 1967 (BGBl. I S. 917), das zuletzt durch Artikel II § 21 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845) geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 28

Siebentes Gesetz zur Änderung
des Selbstverwaltungsgesetzes
(827-6-3)

Artikel 3 § 2 Satz 2 des Siebenten Gesetzes zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes vom 3. August 1967 (BGBl. I S. 845) wird gestrichen.

Artikel 29

Sozialgerichtsgesetz
(330-1)

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2496), wird wie folgt geändert:

1. § 10 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für die in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Streitigkeiten auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) sind eigene Kammern zu bilden.“

2. In § 17 Abs. 4 werden die Worte „Trägern und Verbänden der Krankenversicherung“ durch die Worte „Krankenkassen und ihren Verbänden“ ersetzt.

3. § 51 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände oder auf Grund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten, Zahnärzten oder Krankenhäusern und Krankenkassen sowie des Großgeräteausschusses entstehen.“

4. § 70 Nr. 4 wird wie folgt gefaßt:

„4. die in § 51 Abs. 2 Satz 1 genannten Entscheidungsgremien.“

5. § 97 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 wird die Verweisung „(§ 368 b Abs. 4 Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 104 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

b) In Nummer 5 wird die Verweisung „(§ 6 Abs. 4, § 15 Abs. 3 Satz 2 Selbstverwaltungsgesetz, § 414 d Reichsversicherungsordnung)“ gestrichen.

Artikel 30

Bundesausbildungsförderungs-
gesetz
(2212-2)

§ 13 Abs. 2 a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), das zuletzt durch Gesetz vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(2a) Für Auszubildende an Hochschulen, die

1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,

2. der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beigetreten sind oder
3. bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und aus dieser Versicherung Leistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Ausnahme des Kranken- und des Mutterschaftsgeldes entsprechen,

erhöht sich der Betrag nach Absatz 1 Nr. 2 für die Krankenversicherung um monatlich 45 DM."

Artikel 31 Arbeitsförderungsgesetz (810-1)

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 59 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und 3 sowie Absatz 4 werden jeweils das Wort „Entgelts“ durch das Wort „Arbeitsentgelts“, das Wort „Regelohn“ durch das Wort „Regelentgelt“, die Worte „Der Regelohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“, das Wort „Regellohnes“ durch das Wort „Regelentgelts“, das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ sowie das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 und 3 wird außerdem jeweils die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
2. § 59e wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
3. § 65 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz wird die Verweisung „§ 169 Nr. 2“ durch die Verweisung „§ 169c Nr. 1“ ersetzt.
 - b) Absatz 5 wird gestrichen.
4. § 68 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 gilt § 112 Abs. 1 Satz 2, bei derjenigen des Absatzes 2 gilt außerdem § 112 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz entsprechend.“

5. In § 86 Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 112 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

6. In § 102 Abs. 2 Nr. 2 werden die Worte „infolge Arbeitsmangels oder infolge von Naturereignissen“ durch die Worte „wegen stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder aus einem sonstigen der in § 105b Abs. 1 Satz 1 genannten Gründe, wegen Arbeitsmangels oder infolge von Naturereignissen“ ersetzt.

7. § 103 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 wird die Verweisung „§ 169 Nr. 2“ durch die Verweisung „§ 169c Nr. 1“ ersetzt.

- b) Absatz 6 wird gestrichen.

8. In § 103a Abs. 1 werden die Worte „nach § 169 Nr. 5 oder nach § 169 Nr. 1 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 172 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „nach § 169b“ ersetzt.

9. § 105b wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Wird der Arbeitslose während des Bezuges von Arbeitslosengeld

1. infolge Krankheit, infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft arbeitsunfähig oder

2. auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt,

so verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen.“

- b) In Absatz 2 werden die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

- c) Absatz 3 wird gestrichen.

10. In § 105c Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „nach § 169 Nr. 1 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 172 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „nach § 169b Nr. 2“ ersetzt.

11. In § 111 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 werden die Worte „Beitragssätze für Pflichtversicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben“ durch die Worte „allgemeinen Beitragssätze“ ersetzt.

12. § 112 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „Zeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, für die das auf die Arbeitsstunde entfallende Arbeitsentgelt gemindert war, bleiben außer Betracht.“
- bb) In Satz 5 wird das Wort „insoweit“ gestrichen.
- b) In Absatz 6 Satz 3 werden die Worte „Absatz 2 Satz 3“ durch die Worte „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.
13. In § 117 Abs. 3 Satz 4 werden die Worte „§ 112 Abs. 2 Satz 2 gilt“ durch die Worte „§ 112 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz und Satz 2 gilt entsprechend“ ersetzt.
14. § 155 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 2 wird eingefügt:
- „(3) Die Mitgliedschaft der nach Absatz 1 Versicherten beginnt mit dem Tage, von dem an Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld bezogen wird. Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird; § 199 Abs. 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; in ihm werden die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
15. In § 156 wird das Wort „Erwerbslosigkeit“ durch die Worte „Wegfalls der Versicherungspflicht (§ 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
16. § 157 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefaßt:
- „(2) Für die Berechnung der Beiträge ist der allgemeine Beitragssatz (§ 250 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) maßgeblich. Bei Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach Satz 1 der allgemeine Beitragssatz der Ortskrankenkasse, in deren Bezirk die landwirtschaftliche Krankenkasse ihren Sitz hat.
- (3) Als beitragspflichtige Einnahmen (§ 232 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) gilt das durch 7 geteilte wöchentliche Arbeitsentgelt, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe oder des Unterhaltsgeldes zugrunde liegt, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. Für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen ist das wöchentliche Arbeitsentgelt um das aus einer die Krankenversicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt zu kürzen.“
- b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Verweisung „§ 381 Abs. 3a der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 260 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
17. § 159 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach den Worten „angehört haben“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der restliche Satzteil gestrichen.
- b) Absatz 3 wird gestrichen.
- c) In Absatz 4 werden die Worte „bis 3“ durch die Worte „und 2“ ersetzt.
18. In § 160 Abs. 1 Satz 3 wird die Verweisung „§ 405 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
19. In § 163 Abs. 3 Satz 2 wird die Verweisung „§ 381 der Reichsversicherungsordnung und §§ 117, 118“ durch die Verweisung „Die §§ 258, 259 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 117“ ersetzt.
20. In § 164 Abs. 1 werden die Worte „(Regellohn, § 182 der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Worte „(Regelentgelt, § 46 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
21. § 168 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Verweisung „nach § 169“ durch die Verweisung „nach den §§ 169 bis 169c“ ersetzt.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Bei Wehr- und Zivildienstleistenden, denen nach gesetzlichen Vorschriften während ihrer Dienstleistung Arbeitsentgelt weiterzugewähren ist, gilt das Beschäftigungsverhältnis als durch den Wehrdienst oder den Zivildienst nicht unterbrochen.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „(2) Beitragspflichtig sind auch Personen, die auf Grund der Wehrpflicht Wehr- oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht nach Absatz 1 beitragspflichtig sind, wenn sie für länger als drei Tage einberufen sind und unmittelbar vor Dienstantritt
- mehr als geringfügig (§ 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) beschäftigt waren und in dieser Beschäftigung nicht die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit nach § 169 oder § 169b erfüllten oder
 - eine Beschäftigung gesucht haben, die die Beitragspflicht als Wehr- oder Zivildienstleistender nach Nummer 1 begründen kann.
- Die Beitragspflicht nach Satz 1 Nr. 2 tritt nicht ein, wenn der Wehr- oder Zivildienstleistende

1. in den letzten zwei Monaten vor Beginn des Dienstes eine Ausbildung im Sinne des § 169b Satz 1 Nr. 1 beendet oder eine Ausbildung im Sinne des § 169b Satz 1 Nr. 1 oder 2 unterbrochen hat und

2. in den letzten zwei Jahren vor Beginn der Ausbildung weniger als 360 Kalendertage in einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung gestanden hat.

Einer Beschäftigung im Sinne des Satzes 1 Nr. 1 stehen Zeiten mit Anspruch auf Lohnerersatzleistungen gleich, die auf Beschäftigungen beruhen, die die Beitragspflicht als Wehr- oder Zivildienstleistender begründen können."

c) Absatz 3 wird gestrichen.

d) In Absatz 3a Satz 1 werden die Worte „nach § 169 Nr. 2, 3 oder 4“ durch die Worte „nach § 169c Nr. 1, 2 oder 3“ ersetzt.

22. § 169 wird wie folgt gefaßt:

„§ 169

Beitragsfrei sind Arbeitnehmer in einer Beschäftigung, insbesondere als Beamter, Richter, Berufssoldat, in der sie die in § 6 Abs. 1 Nr. 2, 4, 5 oder 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen für die Krankenversicherungsfreiheit erfüllen."

23. Nach § 169 werden eingefügt:

„§ 169a

(1) Beitragsfrei sind Arbeitnehmer in einer kurzzeitigen Beschäftigung (§ 102). Die Arbeitszeiten mehrerer nebeneinander ausgeübter kurzzeitiger Beschäftigungen werden nicht zusammengerechnet.

(2) Beitragsfrei sind Arbeitnehmer in einer geringfügigen Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).

§ 169b

Beitragsfrei sind Arbeitnehmer, die während der Dauer

1. ihrer Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule oder
2. ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule

eine Beschäftigung ausüben. Nummer 1 gilt nicht, wenn der Arbeitnehmer schulische Einrichtungen besucht, die der Fortbildung außerhalb der üblichen Arbeitszeit dienen.

§ 169c

Beitragsfrei sind

1. Arbeitnehmer, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, mit Ablauf des Monats, in dem sie dieses Lebensjahr vollenden;

2. Arbeitnehmer während der Zeit, für die ihnen ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit aus einer der gesetzlichen Rentenversicherungen zuerkannt ist;

3. Arbeitnehmer, die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stehen (§ 103 Abs. 1), von dem Zeitpunkt an, an dem das Arbeitsamt diese Minderung der Leistungsfähigkeit und der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt haben;

4. Arbeitnehmer in unständigen Beschäftigungen (§ 188 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch);

5. Heimarbeiter, die gleichzeitig Zwischenmeister (§ 12 Abs. 4 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) sind und den überwiegenden Teil ihres Verdienstes aus ihrer Tätigkeit als Zwischenmeister beziehen;

6. Arbeitnehmer in einer Beschäftigung zur beruflichen Aus- oder Fortbildung, wenn

a) die berufliche Aus- oder Fortbildung als Entwicklungshilfe aus Mitteln des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes oder aus Mitteln einer Einrichtung oder einer Organisation, die sich im Rahmen der Entwicklungshilfe der beruflichen Aus- oder Fortbildung widmet, gefördert wird,

b) der Arbeitnehmer verpflichtet ist, nach Beendigung der geförderten Aus- oder Fortbildung den Geltungsbereich dieses Gesetzes zu verlassen, und

c) die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zurückgelegten Beitragszeiten weder nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften noch nach zwischenstaatlichen Abkommen oder dem Recht des Wohnlandes des Arbeitnehmers einen Anspruch auf Leistungen für den Fall der Arbeitslosigkeit in dem Wohnland des Arbeitnehmers begründen können."

24. § 175 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefaßt:

„1. für den beitragspflichtigen Arbeitnehmer das Arbeitsentgelt aus einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten;"

bb) In Nummer 2 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und der restliche Text gestrichen.

cc) In Nummer 2a wird der letzte Halbsatz gestrichen.

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Bemessung des Beitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung gelten entsprechend; § 236 Abs. 4 Satz 1 gilt mit der Maßgabe, daß bei Arbeitnehmern, die nicht krankenversicherungspflichtig sind, anstelle der Jahresarbeitsentgeltgrenze die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zugrunde zu legen ist.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird gestrichen und durch folgenden Absatz ersetzt:

„(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen, dem Bundesminister der Verteidigung und dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung eine Pauschalberechnung für einen Gesamtbeitrag der Wehrdienstleistenden und für einen Gesamtbeitrag der Zivildienstleistenden vorschreiben; er kann dabei eine geschätzte Durchschnittszahl der beitragspflichtigen Dienstleistenden zugrunde legen sowie die Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Zusammensetzung dieses Personenkreises hinsichtlich der Bemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld ergeben.“

25. In § 179 wird die Ordnungszahl „1.“, nach der Verweisung „(§ 76 Abs. 4)“ der Strichpunkt sowie die Nummer 2 gestrichen.
26. In § 237 wird die Verweisung „§ 103 Abs. 6,“ gestrichen und die Verweisung „§ 175 Abs. 1 Nr. 2“ durch die Verweisung „§ 175 Abs. 2“ ersetzt.

Artikel 32

Vorruhestandsgesetz (810-34)

In § 3 Abs. 4 Satz 1 des Vorruhestandsgesetzes vom 13. April 1984 (BGBl. I S. 601), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602) geändert worden ist, wird die Verweisung „§ 405 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 266 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 33

Arbeitssicherstellungsgesetz (800-18)

(1) Das Arbeitssicherstellungsgesetz vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), zuletzt geändert durch Artikel 84 § 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341), wird wie folgt geändert:

1. § 16 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für einen Lehrer an einer privaten genehmigten Ersatzschule, der nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungsfrei ist, gilt Satz 1 entsprechend.“

2. In § 16 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 2 sowie in § 17 Abs. 1 Satz 1 werden jeweils die Worte „Kranken- oder Hausgeld“ durch das Wort „Krankengeld“ ersetzt.

3. § 19 wird wie folgt gefaßt:

„§ 19

Krankenversicherung

(1) Beamte, Lehrer an privaten genehmigten Ersatzschulen, Richter auf Probe und Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, die auf Grund des § 6 Abs. 1 Nr. 2, 5 oder 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, bleiben auch während ihrer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis versicherungsfrei, solange sie nach § 16 mit Dienstbezügen oder Unterhaltszuschuß beurlaubt sind oder ihr Arbeitsentgelt weiter erhalten.

(2) Personen, die nicht unselbständig beschäftigt und aus anderen Gründen als wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, werden während ihrer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Verpflichtung an, wenn der Antrag innerhalb eines Monats nach diesem Zeitpunkt gestellt wird, andernfalls vom Eingang des Antrages an. Über den Antrag entscheidet die zuständige Krankenkasse. Sie hat dem Antragsteller eine Bescheinigung über die Befreiung auszustellen, die dem neuen Arbeitgeber vorgelegt werden muß.

(3) Die Leistungen nach § 16, welche die laufenden Geldbezüge aus dem Arbeitsverhältnis übersteigen, und die Unterschiedsbeträge nach § 17 Abs. 1 werden als Entgelt nur bei der Berechnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berücksichtigt. Der Berechnung des Sterbegelds (Artikel 56 des Gesundheits-Reformgesetzes) ist die letzte vor der Verpflichtung maßgebende jahresdurchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage zugrunde zu legen, falls dies für den Versicherten günstiger ist.“

(2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 34

Bundenserziehungsgeldgesetz (85-3)

In § 7 Satz 1 des Bundenserziehungsgeldgesetzes vom 6. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2154), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 14. Dezember

1987 (BGBl. I S. 2602) geändert worden ist, werden die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 35 Bundesversorgungsgesetz (830-2)

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Gesetz vom . . . 1988 (BGBl. I S. . . .), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und die Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten jeweils § 11 Abs. 2 oder § 12 Abs. 3 und 4.“

b) In Absatz 7 Satz 1 Buchstabe a und c wird jeweils das Wort „Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Nummern 3, 6 und 8 wie folgt gefaßt:

„3. Versorgung mit Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie sowie mit Brillen und Kontaktlinsen,“

„6. stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung,“

„8. Versorgung mit Hilfsmitteln,“

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt. Voll- oder teilstationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung wird gewährt, wenn ambulante Heilbehandlung nicht ausreicht.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 1 eingefügt:

„Die Leistung wird abweichend von § 10 Abs. 7 Buchstabe d nicht dadurch ausgeschlossen, daß eine Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist.“

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „orthopädischen Versorgung“ durch die Worte „Versorgung mit Hilfsmitteln“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Beschädigte erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 Haushaltshilfe und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.“

3. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Für die Krankenbehandlung gilt § 11 Abs. 1 mit Ausnahme von Satz 1 Nr. 4 und Satz 3 entsprechend. Die Krankenbehandlung umfaßt auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation; für diese Leistungen gelten die Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1).“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Worte „§ 11 Abs. 2 Satz 2“ durch die Worte „§ 11 Abs. 2 Satz 3“ ersetzt.

bb) Es wird angefügt:

„Berechtigte nach Satz 1 und 2 erhalten Haushaltshilfe entsprechend § 11 Abs. 4.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Berechtigte und Leistungsempfänger erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 4, 5, 7 und 8 Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.“

d) Nach Absatz 4 wird eingefügt:

„(5) § 11 Abs. 4 gilt für Berechtigte oder Leistungsempfänger im Sinne des § 10 Abs. 4 und 5 entsprechend.“

e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

4. § 13 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Versorgung mit Hilfsmitteln umfaßt die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Blindenführhunden und mit dem Zubehör der Hilfsmittel, die Instandhaltung und den Ersatz der Hilfsmittel und des Zubehörs sowie die Ausbildung im Gebrauch von Hilfsmitteln.“

5. § 16a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird das Wort „entgangenen“ durch das Wort „erzielten“ und das Wort „(Regellohn)“ durch das Wort „(Regelentgelt)“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 werden die Worte „Der Regel-lohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ und das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ und das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Der Regellohn“ durch die Worte „Das Regelentgelt“ ersetzt.
6. In § 16b Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 wird jeweils das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
7. § 16f wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von“ eingefügt.
8. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Worte „einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „einer Krankenkasse“ ersetzt.
- b) Absatz 7 wird gestrichen; der bisherige Absatz 8 wird Absatz 7.
9. In § 18a Abs. 1 Satz 3 werden jeweils die Worte „der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
10. § 18b wird wie folgt geändert:
- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Es wird angefügt:
- „(2) Berechtigte und Leistungsempfänger haben dem Arzt einen besonderen Bundesbehandlungsschein vorzulegen, wenn sie medizinische Leistungen im Rahmen einer nichtstationären Kurbehandlung in Anspruch nehmen. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.“
11. § 18c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Worte „Heilstättenbehandlung, orthopädische Versorgung“ durch die Worte „Versorgung mit Hilfsmitteln“ ersetzt, nach dem Wort „Badekuren“ die Worte „nach § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3“ eingefügt und die Worte „§ 18 Abs. 1 bis 6 und 8“ durch die Worte „§ 18 Abs. 1 bis 7“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 werden die Worte „Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24a werden als Sachleistungen erbracht, soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt.“
- bb) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden Satz 2 und 3; dabei werden in dem bisherigen Satz 2 die Worte „Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
- c) In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungsträger“ die Worte „eine Sachleistung,“ eingefügt.
12. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Sind die Krankenkassen nicht nur nach diesem Gesetz verpflichtet, Heilbehandlung zu gewähren, so werden ihnen die Aufwendungen für voll- oder teilstationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Heilmittel, Brillen und Kontaktlinsen erstattet.“
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 werden eingefügt:
- „(3) Für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit an einen versicherten Empfänger einer Pflegezulage nach § 35 wird der Krankenkasse der in § 56 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmte Betrag gezahlt.
- (4) Den Krankenkassen werden auch Aufwendungen für durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursachte Leistungen erstattet, die nach § 18c Abs. 1 Satz 2 die Verwaltungsbehörde hätte erbringen müssen; der Umfang dieses Erstattungsanspruchs richtet sich nach den Rechtsvorschriften, die für die Verwaltungsbehörde gelten.“
- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5; in seinem Satz 1 werden nach den Worten „Absatz 2“ die Worte „bis 4“ eingefügt.
- e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6.
13. In § 21 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „und der Ablauf der Leistungspflicht der Krankenkasse angegeben“ gestrichen.
14. § 24a wird wie folgt geändert:

- a) Die Buchstaben a und b werden durch folgenden Buchstaben ersetzt:
- „a) Art, Umfang und besondere Voraussetzungen der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Zubehör sowie der Ersatzleistungen (§ 11 Abs. 3) näher zu bestimmen,“
- b) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden Buchstaben b bis d.
- c) Im neuen Buchstaben d werden die Worte „Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.
15. § 26 a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1, 3 und 5 wird jeweils das Wort „Regellohns“ durch das Wort „Regelentgelts“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“, das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“ ersetzt.
16. In § 26 c Abs. 7 Satz 2 werden nach den Worten „Absatz 4 Satz 2 und 3“ die Worte „oder Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach anderen Rechtsvorschriften“ eingefügt.
17. In § 33 Abs. 4 wird die Verweisung „§ 35 Abs. 3“ durch die Verweisung „§ 35 Abs. 3 oder 4“ ersetzt.
18. § 35 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Worte „Krankenhausbehandlung, Badekur oder Heilstättenbehandlung“ durch die Worte „stationären Behandlung“ ersetzt.
- bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
- „Dies gilt nicht für Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III.“
- b) Absatz 4 wird wie folgt gefaßt:
- „(4) Werden dem Beschädigten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 oder entsprechende Leistungen nach anderen gesetzlichen Vorschriften gewährt, so wird der in § 56 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmte Betrag auf die Pflegezulage angerechnet. Dies gilt nicht, wenn die Hilflosigkeit überwiegend auf schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen beruht.“
- Gesetzes vom 18. Februar 1986 (BGBl. I S. 265), wird wie folgt geändert:
- § 70 wird gestrichen.
 - Nach § 90 a wird eingefügt:

„§ 90 b

Leistungen bei Krankheit

(1) Leistungen bei Krankheit (§§ 27 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erhalten

 - a) Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes aus dem Gebiet des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937, aber außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes,
 - b) Vertriebene im Sinne des § 1 aus den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 genannten Gebieten, aber außerhalb des Gebietes des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dezember 1937,
 - Berechtigte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Häftlingshilfegesetzes,

die innerhalb von zwei Monaten nach dem Verlassen dieser Gebiete im Geltungsbereich dieses Gesetzes ihren ständigen Aufenthalt genommen haben und am Tage der Aufenthaltsnahme krank sind oder innerhalb von drei Monaten danach erkranken. Ferner erhalten sie

 - Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (§§ 21 bis 23, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft (§§ 65 bis 67 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) bis zum Ablauf der Frist von drei Monaten nach Satz 1,
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 57 bis 62 und 64 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) bis zum Ablauf der Frist von drei Monaten nach Satz 1, Leistungen zur Entbindung einschließlich Entbindungsgeld oder Mutterschaftsgeld, wenn die Entbindung in der Frist von drei Monaten nach Satz 1 liegt,
 - Fahrtkosten (§ 68 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

Sterben Berechtigte, während sie Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 erhalten, besteht unter den Voraussetzungen des Artikels 56 des Gesundheits-Reformgesetzes Anspruch auf Sterbegeld.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 werden längstens für die ersten 78 Wochen von dem Tage der Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich dieses Gesetzes an gewährt. Krankengeld und Mutterschaftsgeld (§§ 43 bis 50, 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) erhalten Berechtigte nur, wenn sie bis zum Verlassen der in Absatz 1 genannten Gebiete

 - in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben,
 - in Gewahrsam gehalten wurden und Berechtigte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 des Häftlingshilfegesetzes sind,

Artikel 36

Bundesvertriebenengesetz (240-1)

Das Bundesvertriebenengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. September 1971 (BGBl. I S. 1565, 1807), zuletzt geändert durch Artikel 10 des

3. eine Tätigkeit als Selbständiger oder mithelfender Familienangehöriger hauptberuflich ausgeübt haben,
4. eine gesetzliche Wehrpflicht erfüllt haben oder
5. wegen ihrer Volkszugehörigkeit, ihrer Aussiedlungs- oder Übersiedlungsabsicht oder wegen eines vergleichbaren nach freiheitlich-demokratischer Auffassung von ihnen nicht zu vertretenden Grundes gehindert waren, eine Beschäftigung nach Nummer 1 oder eine Tätigkeit nach Nummer 3 auszuüben.

Auf eine Leistung nach Absatz 1 besteht kein Anspruch, wenn die Berechtigten hierauf einen Anspruch nach anderen gesetzlichen Vorschriften haben, ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 155 des Arbeitsförderungsgesetzes, wenn der Verwaltungsakt über die Gewährung von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe mit Wirkung für die Vergangenheit ganz widerrufen wurde, weil die Berechtigten der Arbeitsvermittlung wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zur Verfügung standen.

(3) Soweit Geldleistungen nach dem Arbeitsentgelt der Versicherten bemessen werden, ist von 70 vom Hundert der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch auszugehen.

(4) Die Leistungen gewährt die für den Wohnort der Berechtigten zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse. Haben die Berechtigten früher einer anderen Krankenkasse angehört, so haben sie das Recht, die Leistungen bei dieser zu beantragen.

(5) Bei Gewährung der Leistungen sind die §§ 69 und 70 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die vollständige und teilweise Befreiung von der Zuzahlung und anderen Kosten sowie das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(6) Der Aufwand, der den Krankenkassen entsteht, wird ihnen aus Mitteln des Bundes erstattet. Als Ersatz für Verwaltungskosten erhalten die Krankenkassen acht vom Hundert ihres Aufwandes für die nach den Absätzen 1 bis 4 gewährten Leistungen.

(7) Für Rechtsstreitigkeiten über Leistungen nach dieser Vorschrift ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben."

Artikel 37 Heimkehrergesetz (84-1)

Das Heimkehrergesetz vom 19. Juni 1950 (BGBl. I S. 221), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2138), wird wie folgt geändert:

1. § 7 b wird gestrichen.
2. Abschnitt VI wird gestrichen.

3. Nach § 28 b wird eingefügt:

„§ 28 c

Die Vorschriften des Abschnitts VI in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung sind auf Ansprüche nach diesem Abschnitt, die vor dem 1. Januar 1989 entstanden sind, bis zum 30. Juni 1990 weiter anzuwenden."

Artikel 38 Häftlingshilfegesetz (242-1)

In § 9 Abs. 2 des Häftlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1987 (BGBl. I S. 512) wird die Angabe „, 24“ gestrichen.

Artikel 39 Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (870-1)

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2484), wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2, Absatz 3 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 und 3 sowie in Absatz 7 wird jeweils das Wort „Entgelts“ durch das Wort „Arbeitsentgelts“, das Wort „Regellohn“ durch das Wort „Regelentgelt“, das Wort „Regellohns“ und das Wort „Regellohnes“ durch das Wort „Regelentgelts“, das Wort „Lohnabrechnungszeitraum“ durch das Wort „Entgeltabrechnungszeitraum“ sowie das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.

b) In Absatz 6 Satz 1 und 3 wird außerdem jeweils die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

2. In § 16 Satz 1 wird das Wort „Entgelt“ durch das Wort „Arbeitsentgelt“ ersetzt.

3. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „um“ die Worte „den um gesetzliche Abzüge vermindernden Betrag von“ eingefügt.

4. In § 42 a wird die Verweisung „§ 165 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 2 a Buchstabe b“ durch die Verweisung „§ 5 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 40

Bundessozialhilfegesetz

(2170-1)

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Januar 1987 (BGBl. I S. 401, 494) wird wie folgt geändert:

1. § 13 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für Rentenantragsteller, die nach § 198 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Mitglied einer Krankenkasse gelten, sind die Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen, soweit die genannten Personen die Voraussetzung des § 11 Abs. 1 erfüllen.“

2. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefaßt:

„sie sind zu gewähren, soweit Versicherte nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten haben.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten“ durch die Worte „nach dem Gutachten des Gesundheitsamtes oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ ersetzt.

3. In § 37 a Satz 2 wird die Verweisung „§ 200 f Satz 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§ 66 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

4. In § 69 Abs. 5 Satz 2 werden nach den Worten „Absatz 2 Satz 2 und 3“ die Worte „oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften“ eingefügt.

Artikel 41

Soldatenversorgungsgesetz

(53-4)

(1) In § 82 Abs. 3 Buchstabe c des Soldatenversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. März 1987 (BGBl. I S. 842), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602) geändert worden ist, wird das Wort „Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

- (2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 42

Zivildienstgesetz

(55-2)

(1) In § 48 Abs. 3 Buchstabe c des Zivildienstgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Juli 1986 (BGBl. I S. 1205) wird das Wort „Jahresarbeitsverdienstgrenze“ durch das Wort „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

- (2) Absatz 1 gilt nicht im Land Berlin.

Artikel 43

Bundesärzteordnung

(2122-1)

Die Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.

2. § 4 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden die Worte „bis zu sechs Monaten auf die zweijährige Tätigkeit anzurechnen sind“ durch die Worte „auf die achtzehnmonatige Tätigkeit angerechnet werden können“ ersetzt.

- b) In Satz 6 werden die Worte „nicht mehr als vier Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer jährlich“ durch die Worte „nicht mehr als sechs Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer“ ersetzt.

Artikel 44

Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung

(2122-1-7)

Artikel 2 § 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 14. März 1985 (BGBl. I S. 555), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 481), geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 45

Approbationsordnung für Ärzte

(2122-1-6)

Die Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juli 1987 (BGBl. I S. 1593) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 Nr. 2 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.
2. § 34 a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „zweijährige“ durch das Wort „achtzehnmonatige“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Sie soll nach Möglichkeit eine mindestens neunmonatige Tätigkeit im nichtoperativen und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich umfassen.“
 - c) In Absatz 3 werden die Worte „bis zu sechs Monaten“ gestrichen.
 - d) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„(5) Auf die Dauer der Tätigkeit als Arzt im Praktikum werden Unterbrechungen wegen

 1. Urlaubs im ersten Jahr bis zu sechs Wochen, in der restlichen Zeit bis zu drei Wochen,
 2. anderer vom Arzt im Praktikum nicht zu vertretender Gründe, insbesondere Krankheit, bis zur Gesamtdauer von drei Wochen

angerechnet. Bei Ärztinnen im Praktikum werden auch Unterbrechungen wegen Schwangerschaft bis zur Gesamtdauer von drei Wochen angerechnet.“
3. In § 34 c Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „acht“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

Artikel 46

Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (2122-1-6/3)

Artikel 2 der Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 15. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2457; 1987 I S. 150), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. Mai 1987 (BGBl. I S. 1349) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird gestrichen.
2. Die bisherigen §§ 3 bis 7 werden §§ 2 bis 6.

Artikel 47

Zweites Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern (2032-11-2)

Artikel VIII § 1 des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (BGBl. I

S. 1173), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1710) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird die Verweisung „§§ 82 und 106“ durch die Verweisung „§ 55“ ersetzt.
2. In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Versicherte“ durch das Wort „Mitglieder“ und in Satz 2 das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Mitglieder“ ersetzt.

Artikel 48

Strafvollzugsgesetz (312-9-1)

Das Strafvollzugsgesetz vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581, 2088; 1977 I S. 436), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 475), wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 57 bis 59 werden wie folgt gefaßt:

„§ 57

Gesundheitsuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Gefangene, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

(2) Gefangene haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an.

(3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, daß

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(4) Gefangene Frauen haben für ihre Kinder, die mit ihnen in der Vollzugsanstalt untergebracht sind, bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung ihrer Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden.

(5) Gefangene, die das vierzehnte, aber noch nicht das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet

haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

(6) Gefangene haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
3. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

§ 58

Krankenbehandlung

Gefangene haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt insbesondere

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen.

§ 59

Versorgung mit Hilfsmitteln

Gefangene haben Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, sofern dies nicht mit Rücksicht auf die Kürze des Freiheitsentzuges ungerechtfertigt ist und soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch, soweit die Belange des Vollzuges dem nicht entgegenstehen."

2. In § 60 werden die Worte „ärztliche Behandlung und Pflege“ durch das Wort „Krankenbehandlung“ ersetzt.

3. § 61 wird wie folgt gefaßt:

„§ 61

Art und Umfang der Leistungen

Für die Art der Gesundheitsuntersuchungen und medizinischen Vorsorgeleistungen sowie für den Umfang dieser Leistungen und der Leistungen zur Krankenbehandlung einschließlich der Versorgung mit Hilfsmitteln gelten die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und die auf Grund dieser Vorschriften getroffenen Regelungen."

4. In § 62 werden die Worte „für Zahnersatz und Zahnkronen“ durch die Worte „der zahnärztlichen Behandlung und der zahntechnischen Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz“ ersetzt.

5. Nach § 62 wird eingefügt:

„§ 62 a

Ruhen der Ansprüche

Der Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57, 58 und 61 ruht, solange der Gefangene auf Grund eines freien Beschäftigungsverhältnisses (§ 39 Abs. 1) krankenversichert ist."

6. In § 65 Abs. 1 werden die Worte „für seine Pflege“ durch die Worte „für die Behandlung seiner Krankheit“ ersetzt.

7. § 76 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Schwangerschaft“ ein Beistrich und das Wort „bei“ eingefügt;
- b) In Absatz 3 wird der Satz 2 gestrichen.

8. § 78 wird wie folgt gefaßt:

„§ 78

Art, Umfang und Ruhen der Mutterschaftshilfe

Die §§ 59, 60, 62 a und 65 gelten für die Leistungen der Mutterschaftshilfe entsprechend."

9. In § 198 Abs. 3 werden nach dem Wort „werden“ die Worte „die folgenden Vorschriften an inzwi-schen vorgenommene Gesetzesänderungen angepaßt und“ eingefügt.

Artikel 49

Mutterschutzgesetz (8052-1)

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. April 1968 (BGBl. I S. 315), zuletzt geändert durch § 38 des Gesetzes vom 6. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2154) und gemäß Artikel 1 der Verordnung vom 7. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2265), wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird die Verweisung „§§ 200 c und 200 d der Reichsversicherungsordnung“ durch die Verweisung „§§ 62 und 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. In § 13 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Worte „in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert“ durch die Worte „Mitglied einer Krankenkasse“ ersetzt, nach den Worten „§ 6 Abs. 1“ die Worte „sowie für den Entbindungstag“ eingefügt und die Worte „der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

4. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Worte „§ 200 Reichsversicherungsordnung, § 27 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Worte „§ 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 14 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt und nach den Worten „§ 6 Abs. 1“ die Worte „sowie für den Entbindungstag“ eingefügt.
- b) In Satz 3 wird die Verweisung „(§ 385 Abs. 1 a der Reichsversicherungsordnung)“ durch die Verweisung „(§ 236 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)“ ersetzt.

5. § 15 wird wie folgt gefaßt:

„§ 15

Sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

(1) Frauen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten auch die sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(2) Zu den sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gehören:

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. stationäre Entbindung,
4. häusliche Pflege und Haushaltshilfe.“

6. In § 16 Satz 1 werden die Worte „der Mutterschaftshilfe“ durch die Worte „der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ ersetzt.

7. In § 24 Nr. 2 werden die Worte „§ 13 Abs. 2 und 3“ durch die Worte „§ 13 Abs. 2“ ersetzt.

Artikel 50

Seemannsgesetz (9513-1)

Das Seemannsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 9513-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2441), wird wie folgt geändert:

1. § 44 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „Krankenhilfe des Trägers der Krankenversicherung“ durch die Worte „Krankenbehandlung der Krankenkasse“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Worte „den Träger der Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ ersetzt.

2. § 45 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „in einer zumutbaren Krankenanstalt“ durch die Worte „in einem zumutbaren Krankenhaus“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird gestrichen.
- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2; in ihm werden die Worte „der Absätze 1 und 2“ durch die Worte „des Absatzes 1“ ersetzt.

3. In § 46 wird das Wort „Krankenanstaltspflege“ durch das Wort „Krankenhausbehandlung“ ersetzt.

4. In § 47 Abs. 1 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefaßt:

„sie ist jedoch, wenn mit der Unterbrechung Gefahr verbunden ist, fortzusetzen, bis die zuständige Krankenkasse oder der zuständige Träger der Unfallversicherung mit Leistungen beginnt.“

5. In § 48 Abs. 2 werden die Worte „in einer Krankenanstalt“ durch die Worte „in einem Krankenhaus“ ersetzt und nach den Worten „die dem Besatzungsmitglied“ die Worte „nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder“ eingefügt.

6. In § 52 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „der Krankenanstalt“ durch die Worte „des Krankenhauses“ ersetzt.

Artikel 51

Lohnfortzahlungsgesetz (800-19-2)

Das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 26. April 1985 (BGBl. I S. 710), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 Nr. 3 werden die Worte „nach § 200 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte

„nach § 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 2 und 4 werden jeweils die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, bei dem“ durch die Worte „der Krankenkasse, bei der“ ersetzt.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „Der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „Die Krankenkasse“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die zu gewährenden Beträge werden dem Arbeitgeber von der Krankenkasse ausbezahlt, bei dem die Arbeiter, die Auszubildenden oder die nach § 11 oder § 14 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes anspruchsberechtigten Frauen versichert sind oder versichert wären, wenn sie nicht nach § 192 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse gewählt hätten.“

c) In Absatz 5 werden die Worte „dem nach Absatz 3 zuständigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der nach Absatz 3 zuständigen Krankenkasse“ ersetzt.

4. In § 11 Abs. 2 Satz 1 und § 15 werden jeweils die Worte „Der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „Die Krankenkasse“ ersetzt.

5. In § 12 werden die Worte „der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „die Krankenkasse“ und die Worte „an den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „an die Krankenkasse“ ersetzt.

6. In § 13 Abs. 2 Nr. 6 werden die Worte „dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.

7. In § 16 Abs. 1 werden die Worte „des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Worte „der Krankenkasse“ ersetzt.

Artikel 52

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 17 bis 20, 22, 24, 45 und 46 beruhenden Teile der dort geänderten Verordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

DRITTER TEIL

Überleitungs- und Schlußvorschriften

ERSTER ABSCHNITT

Überleitungsvorschriften

Artikel 53

Krankenversicherung der Rentner und der Studenten

(1) Personen, die bis zum 31. Dezember 1993 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen und die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen, werden versichert, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, jedoch frühestens seit dem 1. Januar 1950, bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens die Hälfte der Zeit Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbstständig tätig waren. Erfüllen sie die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nicht, gelten sie bis zu dem Tag als Mitglieder, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruchs unanfechtbar wird.

(2) Wer am 31. Dezember 1988 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied gilt, bleibt für die Dauer des Bezugs dieser Rente oder bis zu dem Tag, an dem der Rentenanspruch zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt.

(3) Wer auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung krankenversicherungspflichtig und als Beamter beschäftigt ist oder Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften bezieht und nur wegen § 173a Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1982 geltenden Fassung nicht von dieser Versicherungspflicht befreit werden konnte, kann bis zum 30. Juni 1989 bei der Krankenkasse die Befreiung von der Versicherungspflicht als Rentner beantragen. Die Befreiung wirkt vom 1. Juli 1989 an und kann nicht widerrufen werden.

(4) Wer auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung krankenversicherungspflichtig und als Familienangehöriger eines Beamten oder Ruhestandsbeamten bei der Postbeamtenkrankenkasse oder bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten versichert ist, kann bis zum 30. Juni 1989 bei der Krankenkasse die Befreiung von der Versicherungspflicht als Rentner beantragen. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Wer am 31. Dezember 1988 als Student nach § 165 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig ist, bleibt für die Dauer des Wintersemesters 1988/89, längstens bis zum 31. März 1989, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt.

Artikel 54 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, deren Versicherungspflicht auf Grund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1989 an entfällt,
2. Personen, für die der Anspruch auf Familienhilfe auf Grund dieses Gesetzes vom 1. Januar 1989 an entfällt und die nicht nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,
3. Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung (§ 351 der Reichsversicherungsordnung) gilt, sowie Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse spätestens bis zum 31. März 1989 schriftlich anzuzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar 1989.

Artikel 55 Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen vor dem 1. Januar 1989 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung in voller Höhe und der Kosten für zahntechnische Leistungen in der Höhe, wie sie die am 31. Dezember 1988 geltende Satzung der Krankenkasse vorsieht, wenn die Krankenkasse vor dem 27. April 1988 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

Artikel 56 Sterbegeld

(1) Beim Tod eines Versicherten wird ein Zuschuß zu den Bestattungskosten (Sterbegeld) gezahlt, wenn der Verstorbene vor dem 1. Januar 1939 geboren ist.

(2) Das Sterbegeld beträgt beim Tod eines Mitglieds das Zwanzigfache des vor dem 1. Januar 1989 zuletzt maßgebenden Grundlohns. Für die durch den Bezug einer Rente Versicherten beträgt das Sterbegeld mindestens 2 053,40 Deutsche Mark.

(3) Das Sterbegeld beträgt beim Tod

1. des Ehegatten eines Mitglieds,
2. eines lebend geborenen Kindes eines Mitglieds,
3. weiterer Angehöriger eines Mitglieds, wenn diese mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben und von ihm überwiegend unterhalten worden sind,

die Hälfte des Sterbegelds, das nach Absatz 2 zu zahlen wäre, wenn zu diesem Zeitpunkt das Mitglied gestorben wäre.

(4) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 beträgt das Sterbegeld für Versicherte einer landwirtschaftlichen Krankenkasse 2 250 Deutsche Mark.

(5) Das Sterbegeld beim Tod eines Mitglieds wird an denjenigen gezahlt, der die Bestattungskosten trägt, in den anderen Fällen an das Mitglied.

Artikel 57 Leistungsausschluß für Familienversicherte

Bis zum 31. Dezember 1990 haben die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Versicherten aus dieser Versicherung keinen Anspruch auf Leistungen, die als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

Artikel 58 Kostenerstattung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

(1) Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben den Krankenkassen die Kosten zu erstatten, die über den 31. Dezember 1988 hinaus für Krankheiten aufgewandt werden, die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind.

(2) Die Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung können mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen einzeln oder gemeinsam Vereinbarungen darüber treffen, daß die in Absatz 1 genannten Kosten

1. durch eine von ihnen festzulegende Fallpauschale oder
2. durch eine von ihnen festzulegende jährliche Gesamtpauschale oder durch eine Gesamtpauschale für den gesamten Zeitraum der Weitergeltung des § 565 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bis zum 31. Dezember 1990

abgegolten werden. Soweit eine Gesamtpauschale nach Satz 1 Nr. 2 vereinbart wird, sind die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringenden Ausgleichsanteile an der Pauschale nach dem Verhältnis der Zahl der bei dem jeweiligen Unfallversicherungsträger anzuzeigenden Arbeitsunfälle zu der Zahl der bei allen betroffenen Trägern

anzuzeigenden Arbeitsunfälle in den betreffenden Jahren zu berechnen; Arbeitsunfälle der nach § 539 Abs. 1 Nr. 14 Buchstabe a, b oder d der Reichsversicherungsordnung Versicherten sowie Berufskrankheiten bleiben hierbei außer Betracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verteilen die Gesamtpauschale unter den Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder, für die Kosten nach Absatz 1 aufgewandt worden sind.

Artikel 59

Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die außerordentliche Mitgliedschaft bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bleibt bis zum Ablauf der auf den 31. Dezember 1988 folgenden Amtsperiode, längstens bis zum 31. Dezember 1992, erhalten.

Artikel 60

Umwandlung von Beteiligungen in Ermächtigungen

Beteiligungen nach § 368 a Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung gelten vom 1. Januar 1989 an als Ermächtigungen im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die mit der Beteiligung verbundenen Nebenbestimmungen nach § 29 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und nach § 29 der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte in der jeweils am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung gelten bis zur ausdrücklichen Umwandlung der Beteiligungen in Ermächtigungen durch den Zulassungsausschuß fort.

Artikel 61

Vertragsärzte

Für Ärzte und Zahnärzte, die am 1. Januar 1977 Vertragsärzte der Ersatzkassen waren oder sich bis zu diesem Zeitpunkt um Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beworben hatten, gilt § 103 Abs. 8 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.

Artikel 62

Medizinisch-technische Großgeräte

Für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1. Januar 1989 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind, gelten § 368 n Abs. 8 Satz 3 und 4 der Reichsversicherungsordnung in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung sowie die auf der

Grundlage des § 368 Abs. 1 und 3, des § 368 n Abs. 8 und des § 368 p Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beschlossenen Richtlinien für den bedarfsgeordneten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60 a vom 27. März 1986, S. 3) weiter.

Artikel 63

Dienstordnung

Die §§ 349 bis 357, § 360, § 413 Abs. 2 Satz 1 und § 414 b der Reichsversicherungsordnung gelten weiterhin nicht für Krankenkassen oder deren Verbände, die am 31. Dezember 1988 nicht zu den Krankenkassen nach § 225 Abs. 1 oder den Verbänden nach § 406 oder § 414 der Reichsversicherungsordnung gehörten.

Artikel 64

Landesverband der Ortskrankenkassen Hamburg

Die Allgemeine Ortskrankenkasse für Hamburg tritt am 1. Januar 1989 in die Rechte und Pflichten des bis zum 31. Dezember 1988 bestehenden Landesverbands der Ortskrankenkassen Hamburg ein.

Artikel 65

Regionale Kassenverbände

Für Kassenverbände, die am 31. Dezember 1988 nach § 406 der Reichsversicherungsordnung gebildet waren, sowie für Kassenverbände nach § 227 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten die §§ 407, 409 und 411 bis 413 der Reichsversicherungsordnung. Im übrigen gelten für diese Verbände die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 66

Rücklagenbildung bei der Bundesknappschaft

Die Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hat ihre Rücklage auf das in § 270 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgeschriebene Rücklagesoll bis zum 31. Dezember 1993 durch jährlich gleich hohe Teilzahlungen aufzufüllen.

Artikel 67

Vertrauensärztliche Dienste bei den Landesversicherungsanstalten

(1) Die Rechte und Pflichten der Landesversicherungsanstalten gehen auf die in den jeweiligen Bezirken der Landesversicherungsanstalten errichteten Medizinischen Dienste über, soweit es sich um die Durchführung von Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes handelt.

(2) Das Vermögen (Eigentum und alle sonstigen Vermögensrechte) und die Verbindlichkeiten der Landesversicherungsanstalten, die mit den Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes in rechtlichem oder wirtschaftlichem Zusammenhang stehen, gehen auf die Medizinischen Dienste über. Durch den Übergang der Verbindlichkeiten werden die Landesversicherungsanstalten als bisherige Schuldner befreit.

(3) Die Medizinischen Dienste übernehmen die in den Landesversicherungsanstalten überwiegend mit der Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes beschäftigten Personen (Beamte, Beamtenanwärter, Angestellte und Arbeiter). Die Medizinischen Dienste treten in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen ein.

(4) Die Medizinischen Dienste erhalten für die nach Absatz 3 übernommenen Beamten und Beamtenanwärter Dienstherrnfähigkeit (§ 121 des Beamtenechtsrahmengesetzes). Das Recht, Beamte zu haben, beschränkt sich auf die nach Absatz 3 übernommenen Beamten und Beamtenanwärter. Wenn die Notwendigkeit für die Dienstherrnfähigkeit nicht mehr besteht, entfallen die Dienstherrnfähigkeit und der Status des Medizinischen Dienstes als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem der Status als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts entfällt, und macht ihn bekannt.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten für die Versorgungsempfänger entsprechend.

(6) Die Arbeitsbedingungen der übernommenen Arbeitnehmer dürfen aus Anlaß der Übernahme nicht verschlechtert werden. Die Medizinischen Dienste können bis zum 30. Juni 1990 ein Arbeitsverhältnis nur aus einem in der Person oder im Verhalten des Arbeitnehmers liegenden wichtigen Grund kündigen. Für die Arbeitsverhältnisse der übernommenen Angestellten und Arbeiter sind bis zum Abschluß neuer Tarifverträge die Tarifverträge maßgebend, die für sie bei der jeweiligen Landesversicherungsanstalt gegolten haben.

(7) Soweit die Landesversicherungsanstalten für die Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes Mietverträge oder sonstige Vereinbarungen abgeschlossen haben, treten die Medizinischen Dienste in die Rechte und Pflichten aus diesen Verträgen oder sonstigen Vereinbarungen ein. Das gleiche gilt für Vereinbarungen, die die gemeinsame Nutzung von Gebäuden und medizinisch-technischen

Geräten der Landesversicherungsanstalten für Aufgaben der Rentenversicherung und des Vertrauensärztlichen Dienstes regeln.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten für die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin entsprechend, soweit sie Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes war.

Artikel 68

Fortführung des Institutionskennzeichens

Anstelle einer Vereinbarung nach § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können sich die Beteiligten auch darauf verständigen, das bisherige Institutionskennzeichen weiter zu verwenden.

ZWEITER ABSCHNITT

Schlußvorschriften

Artikel 69

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 70

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1989 in Kraft, soweit in den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes bestimmt ist. Mit dem Inkrafttreten treten außer Kraft:

1. das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom ... 1988 (BGBl. I S. ...),
2. die Sechste Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Innungskrankenkassen) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-11, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 2 § 5 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871),
3. die Zwölfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-13, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 51 des Gesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705),
4. die Erlasse des Reichsarbeitsministers über

- a) Ruhen des Krankengeldes bei Weiterversicherung vom 15. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt IV S. 554),
- b) Mehrleistungen in der Krankenversicherung vom 1. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt II S. 85),
- c) Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Beschäftigten vom 18. Februar 1942 (Reichsarbeitsblatt II S. 148),
- d) Änderung des § 216 Abs. 3 RVO vom 16. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt II S. 75),
- e) Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 (Reichsarbeitsblatt II S. 485), zuletzt geändert durch § 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536),
- f) Stillgeld (§§ 195 a, 195 b RVO) vom 14. Januar 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 11),
- g) Leistungen der Krankenversicherung für Hausgehilfen vom 7. September 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 253),
- h) Wegfall der Erstattungspflicht nach § 313 b Abs. 2 RVO vom 13. September 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 253),
- i) Entgelt in der Sozialversicherung und Jahresarbeitsverdienstgrenze in der Krankenversicherung und der Rentenversicherung der Angestellten vom 24. Oktober 1944 (Reichsarbeitsblatt II S. 302),

soweit sie zu den Buchstaben c, d, und f nicht bereits durch Landesrecht außer Kraft gesetzt sind.

(2) Am 1. Juli 1989 treten in Kraft:

Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b, Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe b, Artikel 8 Nr. 9 Buchstabe b, Artikel 13 Nr. 1 und 2, Artikel 14 Nr. 1 und 2, Artikel 15, Artikel 23 Nr. 2, Artikel 24 Nr. 2, Artikel 25 Nr. 2 und Artikel 67.

(3) Am 1. Januar 1991 treten in Kraft:

§ 11 Abs. 3 und § 278 Abs. 2 des Artikels 1 sowie Artikel 5 Nr. 14, Nr. 15 Buchstabe b, Nr. 17, 21 und 22.

Begründung

Gliederung

	Seite
A. Allgemeiner Teil	132
<i>I. Handlungsbedarf des Gesetzgebers für eine Strukturreform</i>	132
1. Notwendigkeit und Dringlichkeit gesetzgeberischer Maßnahmen .	132
2. Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung	133
3. Die Einbindung der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gesundheitswesen und in das soziale Sicherungssystem	133
4. Stabile Beitragssätze wirtschaftspolitisch notwendig und gesundheitspolitisch zu verantworten	134
5. Bilanz der bisherigen Kostendämpfungspolitik	134
6. Kodifizierung des Rechts der Krankenversicherung	135
a) Die Rechtsentwicklung in der GKV	135
b) Notwendigkeit einer Kodifizierung	136
<i>II. Handlungsbedarf in den einzelnen Leistungsbereichen</i>	137
1. Ambulante ärztliche Versorgung	137
2. Zahnmedizinische Versorgung	137
3. Arzneimittel	138
4. Heil- und Hilfsmittel	139
5. Krankenhaus	139
6. Weitere Leistungsbereiche	140
<i>III. Ursachen der Ausgabenentwicklung, Systemmängel, Problemfelder</i> ..	141
1. Von außen wirkende Ursachen des Ausgabenwachstums	141
2. Steuerungsmängel in der GKV	141
a) Mangelnde Wirtschaftlichkeitsanreize	141
b) Fehlende Kenntnis über Leistungen und Kosten	142
c) Überkapazitäten und Überversorgungen	142
d) Systemmängel bei Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten	142
3. Weitere Problemfelder und Versorgungsdefizite	143
a) Gesundheitsvorsorge und chronische Erkrankungen	143
b) Bekämpfung von AIDS	144
c) Psychiatrie	144
d) Sozialpädiatrische Zentren	144
e) Pflegebedürftigkeit	144
f) Qualität und Menschlichkeit	145

	Seite
IV. <i>Weiterentwicklung auf der Grundlage bewährter Prinzipien</i>	146
1. Solidarische Erneuerung statt Neukonstruktion	146
2. Absage an staatliche Versorgungssysteme und reine Marktmodelle	147
a) Kein staatliches Gesundheitssystem	147
b) Reine Marktmodelle mit einer sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar	147
c) Aber Markt und Wettbewerb, wo sinnvoll und möglich	147
V. <i>Schwerpunkte der Reform</i>	148
1. Solidarität neu bestimmen	148
2. Eigenverantwortung stärken	149
3. Mehr Wirtschaftlichkeit schaffen	150
4. Strukturen der Krankenversicherung modernisieren	152
5. Das Recht verständlicher machen	152
VI. <i>Grundsatzpositionen der Beteiligten zu den Beschlüssen der Regierungskoalition</i>	153
1. Sozialpartner	153
2. Spitzenverbände der Krankenkassen	153
3. Organisationen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen	154
4. Bundesländer	155
5. Kommunale Spitzenverbände	155
6. Kirchen und Wohlfahrtsverbände	155
VII. <i>Ausblick: Reformbedarf nach der Strukturreform</i>	156
B. <i>Besonderer Teil</i>	157
C. <i>Finanzielle Auswirkungen</i>	274
D. <i>Preiswirkungsklausel</i>	279
E. <i>Anhang zum Allgemeinen Teil: Tabellen und Grafiken</i>	280

A. Allgemeiner Teil

I. Handlungsbedarf des Gesetzgebers für eine Strukturreform

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als ältester Zweig der Sozialversicherung hat entscheidenden Anteil an der Entstehung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Allerdings ist der Anstieg der Ausgaben der GKV mit seinen gesundheits-, sozial- und beschäftigungspolitischen Konsequenzen in zunehmendem Maße zu einer gefährlichen Belastung dieses sozialen Sicherungssystems und der Arbeitnehmer und Betriebe geworden. Ausgabenzuwächse, die den Zuwachs der Löhne und Gehälter ständig und erheblich übersteigen, haben dazu geführt, daß die GKV 1987 im vierten Jahr hintereinander ein Defizit verkräften mußte (vgl. Tabelle 3, Grafik 1). Als Folge dieser Entwicklung mußten die Krankenkassen ihre Beitragssätze deutlich erhöhen (vgl. Grafik 2).

Es ist davon auszugehen, daß der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz im Jahre 1988 auf deutlich über 13 % ansteigen wird, nachdem er zu Beginn des Jahres 1984 noch bei 11,4 % gelegen hat. Diese Entwicklung zwingt den Gesetzgeber zum Handeln. Weitere Beitragssatzsteigerungen können Versicherten und Arbeitgebern nicht zugemutet werden. Eine Reform ist notwendig.

Die Ursachen der steigenden Beitragssätze sind zu einem Teil in gesetzlichen Leistungsausweitungen, im medizinischen Fortschritt und einer höheren Versorgungsqualität zu sehen, zu einem großen Teil sind es aber auch Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeit, die zu einer Verschwendung von Finanzmitteln der Solidargemeinschaft führen. An den zuletzt genannten Ursachen muß die Strukturreform in erster Linie ansetzen. Mit Hilfe verbesserter Anreize für wirtschaftliches und sparsames Verhalten aller Beteiligten und durch eine sinnvolle Begrenzung der Leistungen der Krankenversicherung sollen Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens miteinander in Einklang gebracht werden. Die Wirtschaftlichkeitsreserven müssen erschlossen werden, auch um erforderliche Mittel für den Abbau noch bestehender Versorgungsdefizite (z. B. in der Prävention, für die soziale Absicherung der Pflegebedürftigkeit) bereitzustellen. Zugleich sollen die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, ihre Beitragssätze zu senken.

1. Notwendigkeit und Dringlichkeit gesetzgeberischer Maßnahmen

Den gesetzgeberischen Handlungsbedarf für eine Strukturreform haben alle im Bundestag vertretenen politischen Parteien anerkannt. Die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben bei der Frühjahrssitzung 1987 der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen eine Strukturreform dringend gefordert. In zahlreichen gesundheitspolitischen Programmen haben die Verbände den Handlungsbedarf aus ihrer Sicht aufgezeigt. Auch unter den Experten

– den Medizinern, den Gesundheitsökonomen und den Sozialrechtlern – ist die Notwendigkeit einer Strukturreform unbestritten. Unter den Beteiligten besteht Übereinstimmung darüber, daß der Gesetzgeber gefordert ist.

Die Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und der FDP haben bereits im Oktober 1985 beschlossen, in der 11. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eine „umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen“ einzuleiten. Sie haben sich in der Koalitionsvereinbarung vom 6. März 1987 zum Bereich „Gesundheit/Krankenversicherung/Pflege“ auf die Ziele einer Strukturreform verständigt. Diese Ziele konkretisieren die „Zehn Grundsätze für ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept“, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Frühjahr 1985 der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen vorgelegt hat und die dort als Diskussionsgrundlage auf breite Zustimmung gestoßen sind.

Der Bundeskanzler hat die Reformziele in seiner Regierungserklärung am 18. März 1987 vor dem Deutschen Bundestag bekräftigt und dabei „eine Generalüberholung der sozialen Krankenversicherung mit dem Ziel erhöhter Wirtschaftlichkeit bei sozial vertretbaren Beitragssätzen“ angekündigt.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat im Herbst 1985 nach der Entscheidung der Koalitionsparteien mit den Vorbereitungen der Strukturreform begonnen und dazu die zahlreichen Stellungnahmen von Verbänden und Experten ausgewertet. Die Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und des Sachverständigenrates für die Konzierte Aktion im Gesundheitswesen wurden zu Rate gezogen. Die Positionspapiere der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, der Pharmaindustrie und der übrigen Leistungserbringer, der Spitzenverbände und der örtlichen Selbstverwaltungen der Krankenkassen und der Sozialpartner wurden ausgewertet.

Die Koalitionsfraktionen haben eine Arbeitsgruppe gebildet, die seit dem Sommer 1987 die Inhalte der Reform intensiv beraten und im November 1987 ein Reformkonzept vorgelegt hat. In einem Koalitionsbeschuß vom 3. Dezember 1987 sind die Eckpunkte der Reform festgelegt worden, die auf den Beratungsergebnissen der Arbeitsgruppe aufbauen. Auf der Grundlage dieser Beschlüsse hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung den Entwurf des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen erstellt.

Der Deutsche Bundestag hat am 4. Juni 1987 auf Antrag der SPD-Fraktion eine Enquete-Kommission zur Strukturreform in der GKV eingesetzt, die bis zum Herbst 1988 ihre Vorschläge abgeben soll. Die Bundesregierung hält es für nicht vertretbar, das Gesetzgebungsverfahren erst nach Vorlage dieser Vorschläge einzuleiten. Die Dringlichkeit der Strukturreform und die Notwendigkeit, dem weiteren Anstieg der Beitragssätze der GKV so rasch wie möglich entgegenzuwirken, lassen ein längeres Abwarten nicht zu. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund weiterer wichtiger sozialpolitischer Vorhaben, die in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode verwirklicht

werden sollen, insbesondere der Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die noch anstehenden Beratungen der Enquete-Kommission kein rechtliches Hindernis zur Einbringung und Beratung des von ihr vorgelegten Gesetzentwurfes darstellen. Im übrigen bleibt es unbenommen, die Beratungsergebnisse der Enquete-Kommission zum geeigneten Zeitpunkt in das jetzt anlaufende Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Nicht alle Probleme des Gesundheitswesens können mit Hilfe dieses Reformgesetzes in einem Schritt gelöst werden. Aber das Reformgesetz ist der Einstieg in eine Gesundheitspolitik, die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit dauerhaft miteinander verbinden will. Wenn das in der GKV als dem Kernbereich der gesundheitlichen Versorgung gelingt, ist ein großer Schritt auf dem Weg zu einem leistungsfähigen und zugleich kostengünstigen Gesundheitswesen geschaffen.

2. Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung

Die *Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung* der GKV in den letzten 25 Jahren verdeutlicht die Notwendigkeit einer Strukturreform.

Die Ausgaben stiegen 1987 wie bereits 1984, 1985 und 1986 wiederum stärker als der Zuwachs bei den Löhnen und Gehältern, der sich in den Beitragseinnahmen der Krankenkassen widerspiegelt. Die Schere zwischen Grundlohnanstieg und Ausgabenwachstum klafft weiterhin auseinander (vgl. Grafik 1). Die Folge der defizitären Finanzentwicklung ist ein weiterer spürbarer Anstieg der durchschnittlichen Beitragssätze (vgl. Tabelle 2). Bei mehreren Kassen wurde zwischenzeitlich die 15-%-Grenze überschritten; im November 1987 hat die Allgemeine Ortskrankenkasse Papenburg als erste Krankenkasse den Beitragssatz auf 16 % erhöht. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der GKV liegt inzwischen bei 12,90 % (1. Februar 1988).

Die Notwendigkeit einer Strukturreform wird vor allem aus der langfristigen Entwicklung deutlich: Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind seit 1960 von 9 Mrd. DM über 23,8 Mrd. DM (1970) auf rund 114 Mrd. DM im Jahre 1986 gestiegen (vgl. Tabelle 3). Das entspricht einer Steigerung auf nahezu das 13fache. Das Bruttosozialprodukt hat sich im gleichen Zeitraum von 286 Mrd. DM auf rund 1 948 Mrd. DM — also auf etwa das 7fache — erhöht. Der Anteil der aus Mitteln der Solidargemeinschaften der Krankenkassen finanzierten Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt ist damit von rund 3,1 % auf rund 5,8 % angestiegen.

Die langfristige Folge war ein Anstieg des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 8,43 % (1960) auf 10,5 % (1969). Durch die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter konnte der Beitragssatz im Jahre 1970 auf 8,2 % gesenkt werden. Von 1970 bis 1976 stieg er aber um mehr als 3 Prozentpunkte auf 11,3 %; ein Ausdruck der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ Anfang der 70er Jahre. Mit Beginn

der Kostendämpfungspolitik im Jahre 1976 sind die Beitragssätze vorübergehend nur noch gering angestiegen. Nachdem im Jahre 1982 mit 12,0 % ein Höhepunkt erreicht war, konnte der durchschnittliche Beitragssatz 1983 auf 11,83 % und 1984 auf 11,44 % gesenkt werden. Seitdem steigt er wieder kontinuierlich — und zwar beschleunigt — an (vgl. Tabelle 2).

Steigende Ausgaben, die deutlich über dem Zuwachs der Löhne und Gehälter liegen, ständige Defizite der Krankenkassen und ein zuletzt drastischer Anstieg der Beitragssätze sind Alarmsignale einer Entwicklung, die die Finanzgrundlagen der GKV zu unterspülen droht. Das zwingt den Gesetzgeber zum Handeln.

Kurzfristig wirkende Kostendämpfungsmaßnahmen können nicht zu einer dauerhaften finanziellen Stabilisierung führen. Der überproportionale Ausgabenanstieg ist vielmehr Symptom tieferliegender Ursachen. Überversorgung und Unwirtschaftlichkeit als Folge von Steuerungsmängeln im System der GKV bilden neben den Leistungsausweitungen und den Auswirkungen des medizinischen und des medizinisch-technischen Fortschritts und den Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung einen entscheidenden Teil dieser Ursachen. Gleichzeitig haben sich aber Versorgungsdefizite herausgebildet, deren Abbau finanzielle Mittel erfordert, die gegenwärtig durch unwirtschaftliche und überversorgte Bereiche gebunden sind. Mit der Strukturreform sollen die Weichen für einen Abbau dieser Ungleichgewichte in der gesundheitlichen Versorgung gestellt werden.

3. Die Einbindung der gesetzlichen Krankenversicherung in das Gesundheitswesen und in das soziale Sicherungssystem

Die GKV mit ihrem breit gefächerten Leistungsspektrum bildet das Kernstück des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. An den Gesamtausgaben für Gesundheit des Jahres 1985 in Höhe von 242 Mrd. DM hatte die gesetzliche Krankenversicherung einen Anteil von rund 46 %. Sie nimmt wichtige Steuerungsaufgaben im Gesundheitswesen wahr.

Der Schwerpunkt einer Reform der Strukturen unseres Gesundheitswesens muß sich deshalb zwangsläufig auf die gesetzliche Krankenversicherung konzentrieren. Für Regelungen in diesem Bereich ist der Bund zuständig. Wegen der Einbindung der GKV in das gesamte Gesundheitswesen müssen Bund und Länder jedoch bei der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Sicherung eng zusammenwirken. Wo der Bund keine Gesetzgebungsbefugnisse hat, erwächst den Ländern eine besondere Verantwortung.

Die GKV ist mit der Renten- und der Unfallversicherung sowie der Arbeitsförderung Teil der Sozialversicherung. Sie teilt einige Herausforderungen mit den anderen Sozialversicherungszweigen, etwa das Problem sich verändernder Altersstrukturen, von dem gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenversicherung gleichermaßen betroffen sind. Auch das Problem anhaltender Arbeitslosigkeit hat

Auswirkungen in allen Bereichen der Sozialversicherung.

Mit den übrigen Sozialversicherungszweigen steht die GKV vor der Aufgabe, den Anstieg der Abgabenbelastung für Arbeitnehmer und Betriebe zu begrenzen und in Zukunft, wo immer es möglich ist, zu vermeiden.

Die Strukturreform der GKV ist damit Teil der Politik der Konsolidierung und Neuordnung des sozialen Sicherungssystems. Durch ihre Konsolidierungsmaßnahmen hat die Bundesregierung stabile Beitragssätze in der Renten- und Arbeitslosenversicherung erreicht. Diese Stabilität darf nicht durch Beitragssatzsteigerungen in der GKV beeinträchtigt werden.

4. Stabile Beitragssätze wirtschaftspolitisch notwendig und gesundheitspolitisch zu verantworten

Die Bundesregierung beabsichtigt, mit der Strukturreform die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt und dauerhaft stabilisiert werden können. Ein weiterer Anstieg der Beitragssätze ist weder Arbeitnehmern noch Arbeitgebern zuzumuten. Durch die steuerpolitischen Maßnahmen der Bundesregierung werden die privaten Haushalte spürbar entlastet. Wenn steigende Beitragssätze in der GKV diese Entlastungen wieder aufzehren, würde die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer gehemmt und der Drang zur Schattenwirtschaft gefördert.

Die Arbeitgeberbeiträge zur GKV sind ein ins Gewicht fallender Bestandteil der Personalzusatzkosten. Es ist das erklärte Ziel der Bundesregierung, diese Zusatzkosten in Grenzen zu halten, um den Unternehmen Investitionsspielräume für die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze zu erhalten und zu eröffnen. Auch das zeigt die Notwendigkeit einer Politik der Beitragssatzstabilität in der GKV.

Die Personalzusatzkosten haben einen wichtigen Einfluß auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit bundesdeutscher Unternehmen. Wenn Beitragssatzsteigerungen in der GKV zu einem weiteren Anstieg dieser Kosten führen, wird der weitere Beschäftigungszuwachs ins Stocken geraten und der Abbau der Arbeitslosigkeit gefährdet. Ein Verzicht auf stabile Beitragssätze wäre ein Mangel an sozialpolitischer Verantwortung gegenüber 2 Millionen arbeitslosen Mitbürgern, denen wieder die Aussicht auf eine Beschäftigung gegeben werden muß.

Unbestritten hat es in den vergangenen Jahren auch im Gesundheitswesen Beschäftigungszuwächse gegeben, die den Arbeitsmarkt entlasten. Darauf hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1985/86 hingewiesen. Er hat aber zugleich die schädlichen Auswirkungen steigender Personalzusatzkosten auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung insgesamt betont. Der Hinweis auf den „Wachstumssektor“ Gesundheitswesen darf nicht als Rechtfertigung für steigende Beitragssätze in der GKV dienen. Vor allem dann nicht, wenn wegen der

„Strukturmängel“ in der GKV über Pflichtbeiträge Unwirtschaftlichkeit und Überversorgung in Gestalt nicht erforderlicher Gesundheitsleistungen finanziert werden müssen. Es kann auch nicht die Aufgabe der GKV sein, für bestimmte Gesundheitsberufe oder -sektoren arbeitsmarktpolitische Funktionen zu übernehmen – ohne Rücksicht auf gesundheitspolitische Notwendigkeiten.

Stabile Beitragssätze in der GKV sind nicht nur wirtschaftspolitisch notwendig, sondern auch gesundheitspolitisch zu verantworten. Die einkommensbezogene Finanzierung in Verbindung mit der Dynamik der Beitragsbemessungsgrenze garantiert den Krankenkassen bei stabilen Beitragssätzen ein Wachstum der Einnahmen im Gleichschritt mit den Einkommen der Versicherten. So hat im Jahr 1987 der Anstieg der Löhne und Gehälter den gesetzlichen Krankenkassen Mehreinnahmen in Höhe von rund 3 Mrd. DM verschafft. Ein solcher Einnahmenezuwachs reicht aus, um das hohe Niveau unserer gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen und die Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen, vor allem dann, wenn Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und Überkapazitäten abgebaut werden. Stabile Beitragssätze, eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung und medizinischer Fortschritt schließen sich keineswegs aus, sondern sind sehr wohl miteinander in Einklang zu bringen; allerdings bedarf es dazu erheblicher Anstrengungen.

5. Bilanz der bisherigen Kostendämpfungspolitik

Seit 1977 hat es eine Reihe *gesetzgeberischer* Maßnahmen gegeben, die dem Ziel dienen, die Ausgaben- und Kostenentwicklung in der GKV einzudämmen. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568), das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) und die Haushaltsbegleitgesetze vom 20. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1857) und vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) sind Ergebnis dieser Bemühungen des Gesetzgebers. Für den Krankenhausbereich sind auch durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) Instrumente für mehr Wirtschaftlichkeit geschaffen worden.

Auch die *Selbstverwaltung* bei Krankenkassen und Leistungserbringern hat in den vergangenen Jahren in vielen Leistungsbereichen wesentlich zur Stabilisierung beigetragen und gesundheitspolitische Weichen gestellt. Die Bundesregierung erkennt dies nachdrücklich an. Denn in einem freiheitlichen und gegliederten Gesundheitssystem hat die Selbstverwaltung Vorrang vor gesetzgeberischen Maßnahmen. Die Selbstverwaltung verkörpert den Sachverstand der unmittelbar Beteiligten. Vereinbarungen und Regelungen, die von der Selbstverwaltung in gemeinsamer Verantwortung getroffen werden, entlasten den Gesetzgeber.

Das gilt insbesondere für die Bereiche der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Die dort eingeleiteten Maßnahmen müssen konsequent wei-

tergeführt werden. Bei den Krankenhäusern allerdings hat die Selbstverwaltung die durch die Reform der Krankenhausfinanzierung von 1984/85 verbesserten Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zu mehr Wirtschaftlichkeit bisher nicht ausreichend genutzt. Bei den Heil- und Hilfsmitteln und bei den Arzneimitteln sind die Steuerungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung nach wie vor unterentwickelt.

Den gemeinsamen Anstrengungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung ist es zwar gelungen, die explosionsartige Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung aus der ersten Hälfte der 70er Jahre abzuschwächen und vorübergehend auch zu stoppen; eine dauerhafte Stabilisierung wurde jedoch nicht erreicht. Die bisherigen gesetzgeberischen Kostendämpfungsmaßnahmen haben die eigentlichen Ursachen der überproportionalen Ausgabenentwicklung in der GKV nicht beseitigt, da sie sich darauf beschränkten, kurzfristig an den Symptomen dieser Entwicklung zu kurieren. Eine solche Politik beschwört ständig neue Eingriffe des Gesetzgebers herauf. Eine Politik, die die Steuerungsmängel des Systems unverändert fortbestehen ließe, wäre gesundheits- und sozialpolitisch nicht vertretbar.

Der Gesetzgeber muß vor allem dort handeln, wo die Selbstverwaltung nicht handeln kann oder wo bei den Beteiligten die Bereitschaft fehlt, im eigenen Verantwortungsbereich zur Stabilisierung beizutragen.

Die Bilanz zehnjähriger Kostendämpfungsmaßnahmen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung macht deutlich, daß es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt.

6. Kodifizierung des Rechts der Krankenversicherung

a) Die Rechtsentwicklung in der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland blickt zurück auf eine 100jährige Geschichte. Am 15. Juni 1883 wurde mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ (RGBl. S. 15) erstmals eine allgemeine Versicherungspflicht für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben geschaffen. Die Hauptaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung bestand zu dieser Zeit in der Gewährung freier ärztlicher Behandlung, in der wirtschaftlichen Sicherung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit und in der Gewährung von Sterbegeld. Etwa 19 000 Versicherungsträger – die Gemeinde-Krankenversicherungen, die Orts-, Betriebs- und die Innungskrankenkassen – führten die Versicherung durch. Unter bestimmten Voraussetzungen konnten Versicherungspflichtige sich auch bei einer der „eingeschriebenen Hilfskassen“ (Vorläufer der Ersatzkassen) versichern.

Im Jahre 1911 beginnt mit der Schaffung der Reichsversicherungsordnung (RVO) ein zweiter Abschnitt in der Entwicklung der GKV. In der Zwischenzeit war

durch verschiedene Gesetzesänderungen der versicherte Personenkreis schrittweise erweitert worden; insbesondere wurden Angestellte bis zu einer Versicherungspflichtgrenze in den Versicherungsschutz einbezogen. Auch waren zahlreiche Leistungen verbessert worden, und den Kassen wurde gestattet, über die vorgeschriebenen Mindestleistungen hinaus weitergehende Leistungen zu gewähren. Durch die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509), für die Krankenversicherung ab 1. Januar 1914 in Kraft, wurden Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung in einem Gesetz zusammengefaßt. Im Bereich der Krankenversicherung griff die RVO vor allem in die Organisation der Versicherungsträger ein: Durch Abschaffung der 8 500 Gemeindekrankenkassen verringerte sich die Zahl der Krankenversicherungsträger von rund 23 000 auf etwa 15 000. Die Aufgaben der Gemeinde-Krankenversicherung übernahmen die Ortskrankenkassen und die neugeschaffenen Landkrankenkassen. Eine wesentliche Neuregelung brachte die RVO auch für die Voraussetzungen, unter denen eingeschriebene Hilfskassen in Zukunft als „Ersatzkassen“ zugelassen waren, und für deren Verhältnis zu den übrigen Krankenkassen.

In der Zeit des Dritten Reiches zwischen 1933 bis 1945 wurde die von Arbeitgebern und Versicherten verantwortliche getragene Selbstverwaltung aufgelöst. Im Rahmen der sogenannten Aufbaugesetzgebung (1934 bis 1939) wurden zahlreiche Änderungen in Organisation, Finanzierung und Aufsicht der Krankenkassen durchgesetzt. Im Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (RGBl. I S. 577) wurden die Aufgaben, die von den Krankenkassen gemeinsam durchgeführt werden sollten, die sogenannten „Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung“ (wie z. B. Vertrauensärztlicher Dienst, Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kassen), auf die Landesversicherungsanstalten übertragen. Die Zwölfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 24. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1537) machte die Ersatzkassen zu Körperschaften des öffentlichen Rechts und regelte das Verhältnis der Ersatzkassen zu den übrigen Krankenkassen neu. In diesen Jahren wurden verschiedene Leistungsverbesserungen und die Krankenversicherung der Rentner eingeführt.

Die Zeit nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges stand zunächst im Zeichen der Überwindung der Rechtszersplitterung (u. a. durch das Besatzungsrecht) und der Wiederherstellung demokratischer Verhältnisse, insbesondere in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung. Eines der für die GKV wichtigsten Gesetze der 50er Jahre ist das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513). Es gestaltete die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärzten. Mit dem Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen (BGBl. I S. 524) wurde im gleichen Jahr das Verbänderecht weiterentwickelt.

Vor allem in den 60er Jahren und der ersten Hälfte der 70er Jahre wird die GKV im Zuge des allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwungs zu einer umfassenden, sozialen Sicherungseinrichtung ausgebaut, die breite Bevölkerungsgruppen neu einbezieht (zur Mitglie-

derentwicklung vgl. Tabelle 1). Der versicherungspflichtige Personenkreis wurde um Landwirte, Behinderte, Studenten und Künstler erweitert. Mit der Erhöhung und Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze bezog die Krankenversicherung auch immer mehr höherverdienende Angestellte in ihren Schutz ein. Die Möglichkeiten zur freiwilligen Versicherung wurden ausgebaut. Zugleich wurden in den 70er Jahren die Leistungen ausgeweitet. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, familienbezogene Leistungen (z. B. Haushaltshilfe), medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation, Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch wurden in den Leistungskatalog einbezogen.

Die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ und der dadurch verursachte starke Anstieg der Beitragssätze in der GKV veranlaßten den Gesetzgeber von der zweiten Hälfte der 70er Jahre an zu einer Richtungsänderung. Mit mehreren Kostendämpfungsgesetzen ab 1977 wollte er erreichen, daß die Ausgaben der Krankenversicherung insgesamt nicht stärker wuchsen als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten.

Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) wurde die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eingerichtet, in der die maßgeblichen Verbände des Gesundheitswesens gemeinsam mit den Sozialpartnern sowie mit den Ländern, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Bund medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten erarbeiten und Vorschläge zur wirtschaftlichen Mittelverwendung im Gesundheitswesen entwickeln. Hierzu soll die Konzertierte Aktion einmal jährlich Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens geben. Durch Erlaß des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Dezember 1985 wurde ein wissenschaftlicher Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berufen, der dieses Gremium bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützen soll.

b) Notwendigkeit einer Kodifizierung

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß im Zuge der Strukturreform der GKV auch eine grundlegende rechtssystematische Überarbeitung des geltenden Krankenversicherungsrechts sowie seine Eingliederung in das Sozialgesetzbuch (SGB) erforderlich ist.

Eine solche Kodifikation ist um so dringlicher, als — wie der vorstehende Überblick zeigte — das Recht der GKV seit seiner Zusammenfassung im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911 nicht mehr systematisch überarbeitet, sondern nur von Fall zu Fall geändert und ergänzt worden ist. Durch mehr als 125 Änderungsgesetze wurde das Zweite Buch der RVO seit seinem Inkrafttreten geändert. Schon Bundeskanzler Adenauer forderte in der Regierungserklärung vom 20. Oktober 1953 eine umfassende Sozialreform, deren Aufgabe es sein sollte, die Wandlung unserer Gesellschaft seit Bismarck in der Sozialgesetzgebung zu berücksichtigen. Während die Reformen der Renten- und Unfall-

versicherung im Zuge dieser Ankündigung innerhalb von 10 Jahren durchgeführt und mit einer Neukodifizierung dieser Rechtsmaterien verbunden werden konnten, ist dagegen eine Reform der Krankenversicherung damals gescheitert. In den Jahren 1960 und 1962 hat der damalige Bundesarbeitsminister Theodor Blank zwei Versuche zu einer solchen grundlegenden Reform der Krankenversicherung unternommen. Das Recht der GKV sollte neu systematisiert, die Eigenverantwortung des einzelnen sollte durch eine Selbstbeteiligung der Versicherten gestärkt, Vorsorge und Früherkennung ausgebaut und die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung verbessert werden. Beitragssatzstabilität sollte erreicht werden (der Beitragssatz lag seinerzeit bei 8,4 % für Arbeiter und 8,2 % für Angestellte). Beide von der Bundesregierung seinerzeit vorgelegten Gesetzentwürfe für eine Reform (BT-Drucksache 1540 vom 14. Januar 1960, BT-Drucksache Nr. 4/816 vom 7. Dezember 1962) sind vom Parlament nicht verabschiedet worden. Theodor Blank konnte sich gegen die widerstreitenden Interessen der am Gesundheitswesen Beteiligten nicht durchsetzen.

Die Reformnotwendigkeit wurde auch nach dem Scheitern der Blankschen Gesetzentwürfe gesehen. So berief die Bundesregierung Anfang der 70er Jahre eine Sachverständigenkommission für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Empfehlungen zum Teil vom Gesetzgeber nach und nach umgesetzt wurden. Mit den Kostendämpfungsgesetzen Ende der 70er Jahre war eine umfassende „Reform“ der Krankenversicherung gar nicht erst versucht, sondern für später in Aussicht genommen worden. In ihrem Erfahrungsbericht zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (BT-Drucksache 9/1300) hat die damalige Bundesregierung die Notwendigkeit einer umfassenden Reform ausdrücklich betont.

Das geltende Krankenversicherungsrecht ist inzwischen durch die zahlreichen Änderungen in der RVO und durch Rechtsvorschriften außerhalb der RVO so unübersichtlich geworden, daß eine Rechtsbereinigung unumgänglich ist. Unsystematische, an den jeweiligen politischen und wirtschaftlichen Bedürfnissen orientierte Regelungen erschweren das Verständnis der Vorschriften ebenso wie eine an vielen Stellen veraltete Gesetzessprache. Das Recht der GKV weist ebenso wie große Teile des übrigen Sozialrechts systematische Mängel auf, die eine Kodifizierung notwendig machen.

Das Recht der GKV muß für den Bürger verständlich und lesbar sein. Das Krankenversicherungsrecht muß durch Rechtsklarheit, einheitliche Gesetzessprache und systematische Darstellung auch dem Rechtsanwender die Arbeit erleichtern. Die mit der Strukturreform einhergehenden weitreichenden Rechtsänderungen können nicht mehr in die über ein dreiviertel Jahrhundert alte „Reichs“versicherungsordnung eingefügt werden, sondern machen einen Neubeginn durch Einordnung in das Sozialgesetzbuch (SGB) erforderlich.

Für die Bundesregierung ist die Neukodifizierung zugleich auch sichtbarer Ausdruck ihrer Absicht einer inhaltlichen Strukturreform.

II. Handlungsbedarf in den einzelnen Leistungsbereichen

Der Handlungsbedarf des Gesetzgebers für eine Strukturreform wird verdeutlicht und konkretisiert bei Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine sektorale Betrachtung läßt die jeweiligen Problemfelder und „Strukturmängel“ schärfer hervortreten.

1. Ambulante ärztliche Versorgung

Im System der ambulanten Versorgung mit frei praktizierenden Kassenärzten wird dem Patienten aus Sicht der Bundesregierung eine an den modernen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten orientierte leistungsfähige medizinische Versorgung zuteil. Die kassenärztliche Praxis nimmt in unserem gesundheitlichen Versorgungssystem eine Schlüsselstellung ein. Der Patient wird hier nicht nur durch den Arzt seines Vertrauens behandelt; er erhält von hier aus auch den Zugang zu den übrigen Leistungsbereichen, deren Finanzvolumen etwa das Vierfache der Ausgaben der GKV für die ambulante ärztliche Behandlung ausmacht. Deshalb muß die kassenärztliche Versorgung in einem engen Zusammenhang mit den vom Arzt veranlaßten Leistungen gesehen werden. Insbesondere aus diesem Blickwinkel weist der kassenärztliche Sektor eine Reihe von Steuerungsmängeln auf, die entscheidenden Anteil an der Ausgabenentwicklung in den übrigen Leistungsbereichen haben (vgl. II. 3 bis 6).

Die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung sind von 1970 bis 1986 von 5,5 Mrd. DM auf 20,3 Mrd. DM gestiegen (vgl. Tabelle 3). Das entspricht einer Steigerung auf das 3,7fache, die deutlich über dem Anstieg der Löhne und Gehälter liegt. Vor allem bis Mitte der 70er Jahre weist der Anstieg der ärztlichen Vergütungen und des abgerechneten Leistungsvolumens fast durchweg zweistellige Wachstumsraten auf. Allerdings ist der Anteil für ambulante ärztliche Behandlung an den Leistungsausgaben der GKV von 22,9% (1970) auf 17,8% (1986) gesunken. Darin spiegelt sich ein unterproportionales Wachstum der ambulanten Versorgung gegenüber anderen Ausgaben-sektoren der GKV wider.

Vor allem 1985 und 1986 blieben die Leistungsausgaben je Mitglied in diesem Ausgabenbereich im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten; die ärztliche Vergütung im ambulanten Sektor hat damit in den letzten beiden Jahren keinen Anteil an der defizitären Entwicklung der GKV.

Die Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen hat in den vergangenen Jahren wichtige Beiträge zur Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der ambulanten ärztlichen Versorgung geleistet. Die maßvolle Honorarpolitik in diesem Leistungsbereich seit Mitte der 70er Jahre sollte für die übrigen Ausgabenbereiche ein Beispiel sein.

Mit der Aufwertung zuwendungsintensiver ärztlicher Dienstleistungen bei gleichzeitiger Absenkung der

Bewertung sogenannter technischer Leistungen im neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der seit dem 1. Oktober 1987 probeweise gilt, tragen die Krankenkassen und Kassenärzte dazu bei, dem Trend zur Apparatemedizin entgegenzuwirken. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zu mehr Humanität und Wirtschaftlichkeit in diesem Versorgungsbe- reich.

Die Beiträge der Vertragspartner in der ärztlichen Versorgung erhalten ein besonderes Gewicht vor dem Hintergrund steigender Arztzahlen. Der weitere Anstieg der Arztzahlen (vgl. Tabelle 5) wird in Zukunft eine der zentralen Herausforderungen für die ambulante kassenärztliche Versorgung und die finanzielle Entwicklung in der GKV sein. Bereits in den vergangenen Jahren hat der Anstieg der Arztzahlen dazu geführt, daß trotz eines Rückganges der Patientenzahlen die abgerechneten Leistungen — insbesondere im medizinisch-technischen Bereich — weiter zugenommen haben. Angestiegen ist insbesondere die Zahl der Fachärzte; dies hat teilweise zu Ungleichgewichten zwischen allgemeinärztlicher und fachärztlicher Versorgung geführt. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2593) der Selbstverwaltung ein erstes Instrumentarium an die Hand gegeben, um bei Überversorgung eine gleichmäßige regionale Verteilung der Kassenärzte sicherzustellen. Allerdings reichen diese Handlungsmöglichkeiten in Gestalt regionaler Zugangssperren auf Dauer nicht aus, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung bei steigenden Arztzahlen langfristig zu gewährleisten.

Deshalb sind weitere Maßnahmen im Rahmen der Strukturreform und darüber hinaus unerlässlich. Die hieraus erwachsende Verantwortung müssen alle Ärzte gemeinsam tragen.

Angesichts steigender Arztzahlen kommt es auch entscheidend darauf an, das Verantwortungsbewußtsein der Kassenärzte für die von ihnen erbrachten und veranlaßten Leistungen zu schärfen. Unregelmäßigkeiten und Manipulationen bei der Leistungsabrechnung müssen besser als bisher offengelegt und vermieden werden, damit der überwiegende Teil der ehrlich und korrekt arbeitenden Ärzte nicht in Mißkredit gerät. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot der kassenärztlichen Tätigkeit muß nicht nur bei der ambulanten Behandlung, sondern auch durch ein entsprechendes Ordnungsverhalten stärker als bisher Rechnung getragen werden. Diesen Herausforderungen soll mit geeigneten Maßnahmen im Rahmen der Strukturreform begegnet werden (vgl. V.3.).

2. Zahnmedizinische Versorgung

In der zahnmedizinischen Versorgung weist die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben auf, ohne daß sich dieser Aufwand in einer vergleichsweise höheren Qualität der zahnmedizinischen Versorgung widerspiegelt. Unbefriedigend ist vor allem eine Überversorgung mit zahnprothetischen Leistungen bei gleich-

zeitigen Defiziten in der Prophylaxe und bei der konservierenden Behandlung.

Die Ausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung (zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz) haben sich von 1970 bis 1986 von 2,5 Mrd. DM auf 14,1 Mrd. DM erhöht (vgl. Tabelle 3). Dies entspricht einer Steigerung auf das 5,6fache. Der Anteil dieses Bereichs an den gesamten Leistungsaufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich im gleichen Zeitraum von 10,6% auf 12,3% erhöht. Besonders expansiv war die Entwicklung beim *Zahnersatz*. Sein Ausgabenanteil stieg in dieser Zeit von 3,5% auf 6,0%. Das Schwergewicht der zahnmedizinischen Behandlung hat sich seit 1970 von der Zahnerhaltung auf den Zahnersatz verlagert; das ist gesundheitspolitisch unerwünscht. Allerdings ist der Anteil des Zahnersatzes, der 1981 mit 8,8% seinen Höhepunkt erreichte, bedingt durch Maßnahmen der Selbstverwaltung und des Gesetzgebers seit 1982 wieder leicht und seit 1986 stärker zurückgegangen.

Verantwortlich für den weit überproportionalen Ausgabenanstieg und die Fehlentwicklung in der zahnmedizinischen Versorgung waren insbesondere

- die Ausweitung der Zahnersatzleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch als Folge der Rechtsprechung,
- weitgehend fehlende Aktivitäten zahnmedizinischer Primärprophylaxe, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen,
- falsche Anreize in den zahnärztlichen Gebührenordnungen,
- fehlende Motivation der Versicherten zur Zahnhygiene und Vorsorge sowie fehlendes Interesse an qualitativ gutem und kostengünstigem Zahnersatz — trotz einer Selbstbeteiligung von 40% an den Kosten der zahntechnischen Leistungen.

Seit 1981 haben Selbstverwaltung und Gesetzgeber versucht, einigen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Die insbesondere seit 1985 eingeleiteten Maßnahmen stehen jedoch erst am Anfang einer notwendigen Neuorientierung der zahnmedizinischen Versorgung. Sie haben noch nicht ausgereicht, um die nicht gerechtfertigten Zuwächse aus den siebziger Jahren wieder zu neutralisieren. Die Ausgaben der Solidargemeinschaft für Zahnersatz sind noch immer zu hoch und müssen weiter gesenkt, die Defizite in Prophylaxe und konservierender Behandlung müssen weiter abgebaut werden. Die in der Strukturreform vorgesehenen Maßnahmen sollen hierzu entscheidende Beiträge leisten (vgl. V. 2. und V. 3.).

3. Arzneimittel

Die Arzneimitteltherapie hat im Rahmen der medizinischen Versorgung einen zentralen Stellenwert. Zur Linderung und Heilung von Krankheiten sind Medikamente in vielen Fällen unverzichtbar. Oft ist die Behandlung mit Medikamenten auch vergleichsweise kostengünstig. Dennoch weist die Arzneimittelversor-

gung in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Steuerungsmängel auf.

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind von 1970 bis 1986 von 4,2 Mrd. DM auf 17,6 Mrd. DM gestiegen (vgl. Tabelle 3). Das entspricht einer Steigerung auf mehr als das 4,2fache. Obwohl die Zuzahlung im Arzneimittelbereich 1977 von einer Rezeptblattgebühr auf eine Zuzahlung pro verordnetes Arzneimittel umgestellt, diese Zuzahlung 1982 und 1983 erhöht wurde und sogenannte Bagatellarzneimittel 1983 von der Erstattungspflicht ausgenommen wurden, sind die Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren schneller gewachsen als die Leistungsausgaben insgesamt. Der Anteil der Arzneimittelausgaben stieg deshalb von 1980 bis 1986 wieder von 14,6% auf 15,5%. Zu dieser Entwicklung hat der Anstieg der Arzneimittelpreise beigetragen. Zwar hat seit Oktober 1985 ein Preisappell des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie die Preissteigerung gedämpft. Insgesamt aber lag die Preissteigerung bei Arzneimitteln auch in den letzten Jahren deutlich über der allgemeinen Inflationsrate. Die Verordnung größerer Packungen, teurerer Arzneimittel und Darreichungsformen hat ebenfalls die Ausgaben für Arzneimitteltherapie ansteigen lassen.

Die Steuerungsmängel im Bereich der Arzneimittelversorgung sind vielfältig:

- Der Arzneimittelmarkt ist durch einen eingeschränkten Wettbewerb gekennzeichnet. Das Bundeskartellamt sah sich daher verschiedentlich veranlaßt, mit kartellrechtlichen Mitteln einzugreifen.
- Die geringe Markttransparenz über die große Zahl der mit zum Teil fragwürdigen Werbemethoden angebotenen Fertigarzneimittel erschwert eine therapeutisch sinnvolle und wirtschaftliche Arzneimittelverordnung des Arztes. Es werden zu viele, zu teure und nicht selten unwirksame Arzneimittel verordnet.
- Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot der RVO reicht allein nicht aus, um bei den Ärzten eine preisgünstige Verordnungsweise sicherzustellen. Die Ausgestaltung und Handhabung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte mit einer Orientierung an Fachgruppendurchschnitten ist offenbar kein geeignetes Instrument, um das Wirtschaftlichkeitsgebot in diesem Bereich durchzusetzen.
- Das Preis- und Ausgabenbewußtsein der Verbraucher ist wenig ausgeprägt. Der wachsende „Arzneimüll“ belegt, daß die Versicherten viele der zunächst nachgefragten Medikamente gar nicht einnehmen.

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, daß die Ausgaben der GKV für Arzneimittel erheblich gesenkt werden können, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen. Bemühungen der Selbstverwaltung um freiwillige Absprachen zur Ausgabenbegrenzung waren nur begrenzt erfolgreich. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß mit einer Verstärkung des Preiswettbewerbs durch Verbesserung marktwirtschaftlicher Rahmenbedin-

gungen und durch einen Ausbau wirtschaftlicher Anreize bei allen Beteiligten eine wirksame Ausgabenbegrenzung erreicht werden kann.

Die neue Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hat die Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt bereits wesentlich verbessert und den Ärzten eine wichtige Hilfe für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gegeben. Die weitere Verbesserung der Markttransparenz durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten gehört auch in Zukunft zu den wichtigsten Aufgaben zur Steuerung des Arzneimittelmarktes. Die Verbesserung von Wirtschaftlichkeitsanreizen bei Ärzten, Apothekern und Versicherten im Rahmen der Strukturreform soll dazu beitragen, den überhöhten Verbrauch an Arzneimitteln zu senken und das hohe Preisniveau auf dem Arzneimittelmarkt durch Belebung des Preiswettbewerbs der pharmazeutischen Unternehmen abzubauen – ohne die für den medizinischen Fortschritt entscheidende Arzneimittelforschung zu beeinträchtigen (vgl. V. 1. a. sowie V. 3. a.).

4. Heil- und Hilfsmittel

Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bildet einen der vielschichtigsten Leistungs- und Ausgabenbereiche der GKV. Heilmittel (darunter sind insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie wie Massagen, Bäder, Krankengymnastik zu verstehen, aber auch z. B. die Sprachtherapie) bilden einen wichtigen Bestandteil der ärztlichen Therapie. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Hörgeräte, orthopädische Prothesen, Rollstühle u. ä.) sind für den Patienten vielfach unerlässlich, um gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen auszugleichen. Dazu hat auch der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt mit der ständigen Entwicklung neuer Heilverfahren und Hilfsmittel beigetragen. Der in den letzten Jahren zu verzeichnende steile Ausgabenanstieg in diesem Sektor wirft jedoch in besonderem Maße die Frage nach der medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung auf.

Die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel sind zwischen 1970 und 1986 von 670 Mio. DM auf 7,2 Mrd. DM gestiegen (vgl. Tabelle 3). Dies entspricht einem Ausgabenzuwachs auf das 10,7fache. Wurden 1970 für Heil- und Hilfsmittel 2,8 % aller Leistungsausgaben aufgewendet, waren es 1986 bereits 6,3 %. Kein anderer Ausgabenbereich weist eine derartige Wachstumsdynamik auf.

Die Ausgabenentwicklung im Bereich der Heil- und Hilfsmittel hat eine ganze Reihe von Ursachen. Dazu zählen:

- fehlender Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern,
- eine zunehmende Anzahl von Leistungserbringern,
- Leistungsverbesserungen durch Gesetzgeber und Rechtsprechung, auch in den Bereich von Bagatelleistungen hinein,

- eine hohe Zahl von auf den Markt kommenden Hilfsmitteln, die keiner Kosten-Nutzen-Prüfung unterzogen wurden,
- mangelnde Transparenz für die Ärzte bei der Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln,
- fehlende Vertragsabschlüsse und fehlende Schiedsamsregelungen im Falle einer Nichteinigung der Vertragspartner zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen,
- unzureichende Möglichkeiten der Krankenkassen, die Mengenentwicklung der Heil- und Hilfsmittel in den einzelnen Teilbereichen zu beeinflussen.

Gesetzgeber und Selbstverwaltung haben die Steuerungsmängel im Heil- und Hilfsmittelbereich, die entscheidend zu der überproportionalen Ausgabenentwicklung beigetragen haben, bislang nicht korrigieren können.

Der Gesetzgeber hat mit dem Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1578) Krankenkassen und Heil- und Hilfsmittelerbringer verpflichtet, in ihren Verträgen nicht mehr Fest-, sondern Höchstpreise vorzusehen. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, mit günstiger anbietenden Erbringern Sonderverträge zu schließen. Außerdem sind die Kassen verpflichtet, Hilfsmittelkataloge zu erstellen.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen hat 1982 durch die Änderung der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien Kriterien für eine wirtschaftlichere Verordnung der Ärzte erarbeitet. Freiwillige Preisstillhalteabkommen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und in einigen Bereichen die Einbeziehung von Mengensteigerungen in Vertragsabschlüsse haben die Preis- und Mengendynamik kaum abschwächen können.

Auch nach diesen Korrekturen verbleiben entscheidende Steuerungsmängel, die mit Hilfe der Strukturreform beseitigt werden sollen.

Die vorgesehenen Maßnahmen (vgl. V. 1. a. und V. 1. b.) sollen dazu beitragen, das überproportionale Wachstum des Heil- und Hilfsmittelbereichs dauerhaft auf ein vertretbares Maß zurückzuführen.

5. Krankenhaus

Das Krankenhaus nimmt im Gesundheitswesen für die Versorgung der Patienten und in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe eine zentrale Stellung ein. Krankenhausbehandlung ist eine der Kernleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung sind von 1970 bis 1986 von 6 Mrd. DM auf 36,5 Mrd. DM gestiegen (vgl. Tabelle 3). Das entspricht einer Steigerung auf mehr als das 6fache. Dieser Anstieg lag nicht nur deutlich über dem Anstieg der Löhne und Gehälter. Er hat auch dazu geführt, daß der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung an den

Leistungsausgaben der GKV in diesem Zeitraum von 25,3% auf 32,9% gestiegen ist.

Die Ursachen dieser im Vergleich zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung unbefriedigenden Ausgabenentwicklung sind vielfältig. Wesentlich sind insbesondere Steuerungsmängel in Krankenhausplanung, -preisgestaltung und -finanzierung. Diese Mängel trugen mit bei zu

- einem globalen Überangebot an Krankenhausbetten, auch infolge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009),
- einer Fehlbelegung von Krankenhäusern mit Pflegefällen,
- einer im internationalen Vergleich relativ hohen Verweildauer in Akutkrankenhäusern, die zwar seit Jahren (1980: 14,9 Tage; 1985: 13,9 Tage) leicht zurückgeht, jedoch infolge der gleichzeitigen Zunahme der Fallzahlen (1980: 10 Millionen, 1985: 10,6 Millionen stationär behandelte Patienten; vgl. Tabelle 7) nur einen begrenzten Kostendämpfungseffekt hatte,
- dem sprunghaften Anstieg der Gewährung von Krankenhauspflege in Kur- und Spezialeinrichtungen,
- der unzureichenden Verzahnung zwischen ambulanten und stationärer Versorgung.

Außerdem hat sich der Bereich der Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen durch eine unzureichende inhaltliche Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung in der Vergangenheit ungesteuert entwickelt.

Der Gesetzgeber hat mit der Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) und das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716) erste Schritte unternommen, die Krankenhäuser unter Wahrung des erreichten hohen Leistungsstandards gleichgewichtig mit den übrigen Leistungserbringern in die Kostendämpfung im Gesundheitswesen einzu beziehen. Das Instrumentarium der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen zu einer eigenverantwortlichen und wirtschaftlichen Mittelverwendung der Krankenhäuser wurde erheblich erweitert und verbessert.

Auch durch die neue Bundespflegesatzverordnung (BPfV) vom 28. August 1985 (BGBl. I S. 1666) haben Krankenkassen und Krankenhäuser entscheidende Instrumente für mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung erhalten. Diese Instrumente müssen nunmehr von den Beteiligten genutzt werden.

Eine abschließende Beurteilung der Wirkungen des neuen Krankenhausfinanzierungsrechts ist derzeit noch verfrüht. Die Bundesregierung wird im Laufe des Jahres 1988 hierzu einen Erfahrungsbericht vorlegen. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt sie im Rahmen der Strukturreform keine grundlegende Änderung des Krankenhausfinanzierungsrechts. Allerdings kann der Krankenhausbereich schon wegen seiner finanziellen Größenordnung und Bedeutung für die

Sicherung der Finanzierbarkeit der GKV nicht gänzlich von der Reform ausgeschlossen bleiben. Der Gesetzentwurf sieht daher weitere Maßnahmen vor, mit denen die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche stationäre Versorgung und für weiteren Bettenabbau verbessert werden sollen (vgl. V. 3. d.).

Außerdem sollen die Steuerungsmängel und Koordinierungsprobleme, die durch weitgehende Abschottung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu einer unwirtschaftlichen und vielfach auch zu einer nicht patientengerechten Versorgung führen, durch eine bessere Verzahnung zwischen beiden Versorgungsbereichen abgebaut werden.

6. Weitere Leistungsbereiche

Der Leistungskatalog der GKV umfaßt neben den bereits angesprochenen zentralen Bereichen eine Reihe weiterer Leistungsarten. Auch bei diesen ist es notwendig, den Fortbestand der solidarischen Absicherung durch die GKV dem Grund und der Höhe nach zu überprüfen.

Als eine nicht mehr zeitgemäße Aufgabe der GKV erscheint die Gewährung von *Sterbegeld*. Im Gegensatz zur Situation von 1883, als diese Leistung als Aufgabe einer solidarischen Sicherung eingeführt wurde, sind heute die Versicherten in aller Regel in der Lage, selber finanzielle Vorsorge für die Bestattung zu tragen. Dies zeigt auch die hohe Zahl von privaten Lebensversicherungsverträgen, die heute bereits 60% der privaten Haushalte abgeschlossen haben.

Starke Elemente des privaten Konsums prägen die *ambulanten Badekuren*. Der von den Krankenkassen als Satzungsleistung gewährte Zuschuß zu Unterkunft und Verpflegung dient häufig auch zur Senkung von Urlaubsaufwendungen. Es ist daher nach Auffassung der Bundesregierung gerechtfertigt, die bisher üblichen Zuschüsse auf höchstens 15 DM täglich festzulegen; dagegen sollen die medizinischen Leistungen bei Kuren nicht eingeschränkt werden.

Unwirtschaftliche Inanspruchnahme zu Lasten der GKV findet in erheblichem Ausmaß auch beim *Krankentransport* statt. Die gegenwärtige Zuzahlung von 5 DM hat sich als nicht ausreichend erwiesen, um die Inanspruchnahme aufwendiger Transportmittel, wie Taxen oder Rettungswagen, auf wirklich medizinisch notwendige Fälle zu beschränken.

Der Versicherungsschutz für den Fall einer *Krankheit im Ausland*, insbesondere während des Urlaubs, ist bisher von den Krankenkassen im Kulanzweg weitgehend übernommen worden. Nach Auffassung der Bundesregierung sollten die Kosten einer medizinischen Behandlung im Ausland, die nicht durch zwischen- oder überstaatliches Recht abgesichert ist, von den Krankenkassen nicht mehr übernommen werden. Eine private Absicherung gegen Erkrankungen im Ausland erscheint der Bundesregierung zumutbar.

III. Ursachen der Ausgabenentwicklung, Systemmängel, Problemfelder

Die Ursachen, die zur Entwicklung der Ausgaben der GKV insgesamt und in den einzelnen Leistungsbereichen beigetragen haben, sind vielfältig. Sie sind zu einem Teil durch systemunabhängige Einflüsse bestimmt, zu einem anderen Teil beruhen sie auf System- und Steuerungsmängeln der GKV.

1. Von außen wirkende Ursachen des Ausgabenwachstums

Eine Reihe von Einflußgrößen wirken von außen auf das Gesundheitssystem und seine Finanzierung ein.

In der öffentlichen Diskussion wird die *demographische Entwicklung* als eine solche Einflußgröße angesehen, die die Ausgabenentwicklung der GKV beeinflusst. Dabei wird deutlich, daß die Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wesentlich stärker gestiegen sind als die Aufwendungen in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV) (vgl. Tabelle 4).

Die Beiträge, die von der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. den Rentnern zur KVdR gezahlt werden, sind weniger stark gestiegen als die Ausgaben der Krankenversicherung für Rentner; die aktiven Versicherten haben daher zunehmend einen größeren Anteil an den Leistungsausgaben für Rentner übernehmen müssen: Während die aktiven Versicherten 1970 noch 0,63 Beitragssatzpunkte zur Mitfinanzierung der Rentner-Krankenversicherung aufbrachten, waren es 1977 bereits 1,88 und 1986 3,24 Beitragssatzpunkte. Die Finanzierung dieser demographisch bedingten Mehrbelastungen ist jedoch nach Auffassung der Bundesregierung Aufgabe der Solidargemeinschaft in der GKV. Der starke Ausgabenanstieg je Rentner ist, wie eine vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung durchgeführte Analyse zeigt, nicht auf Veränderungen in der Altersstruktur der Rentner zurückzuführen. Ursächlich sind vielmehr Veränderungen im Krankheitsspektrum und insbesondere eine zunehmende Behandlungsintensität bei Rentnern. Hier haben sich der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt und die verbesserten Möglichkeiten der Behandlung im Alter sowie das gewachsene Gesundheitsbewußtsein der Rentner, aber auch unwirtschaftliche Strukturen der Leistungserbringung besonders ausgabensteigernd ausgewirkt.

Es handelt sich also um eine typische Auswirkung des Generationenvertrages, die von der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden muß. Deshalb sollen die Rentner künftig den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz zahlen und damit in gleicher Weise wie die aktiven Versicherten ihren Finanzierungsbeitrag leisten. Eine Heranziehung des Bundes, die insbesondere von seiten der Leistungserbringer gefordert wird, ist weder sachgerecht noch angesichts fehlender Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes zu verantworten. Das gleiche gilt auch für eine stärkere Beanspruchung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Das *Krankheitsspektrum* in der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verschoben. Chronische Erkrankungen des Herzkreislauf-Systems, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie Diabetes haben zugenommen, die Bedeutung „klassischer“ Infektionskrankheiten ist zurückgegangen. Die Verlagerung zu den chronischen Erkrankungen und den Zivilisationskrankheiten bewirkte einen Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen, da oft eine langwierige Therapie erforderlich ist und eine dauerhafte Heilung nicht erreicht werden kann.

Insgesamt ausgabensteigernd haben auch die *medizinische* und die *medizinisch-technische Entwicklung* gewirkt. Sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie wurden in großem Umfang neue Verfahren entwickelt. Diese haben zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens beigetragen; für viele Patienten bedeuten sie schnelle, sichere Diagnose sowie erfolgreichere und schonendere Therapie. Medizinischer Fortschritt geht häufig mit dem Einsatz teurer medizinisch-technischer Geräte einher. Diese Geräte werden sowohl in der ambulanten ärztlichen Versorgung als auch im Krankenhaus eingesetzt. Abstimmungsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen beim Einsatz insbesondere medizinisch-technischer Großgeräte mit der Gefahr eines unnötigen Doppeleinsatzes haben die Kostenproblematik ebenso verstärkt wie ein oft zu häufiger und unkritischer Einsatz der neuen Techniken und ein unzureichender Abbau der herkömmlichen Verfahren.

Umstritten ist, wie die genannten Faktoren in der Zukunft wirken werden. Mit Blick auf die sich abzeichnenden demographischen Veränderungen wird ein Kostenschub in der gesetzlichen Krankenversicherung erwartet. Mit der demographischen Entwicklung allein lassen sich allerdings steigende Krankenversicherungsbeiträge nicht begründen. Denn der zunehmenden Zahl der Rentner stehen Entlastungen durch verringerte Aufwendungen in der Familienhilfe entgegen. Dies ist zum einen auf den zu erwartenden weiteren Anstieg der Berufstätigkeit von Frauen, zum anderen auf eine rückläufige Zahl mitversicherter Kinder zurückzuführen. Hierauf hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hingewiesen.

2. Steuerungsmängel in der GKV

Die Strukturreform in der GKV muß sich auf die systembedingten Ursachen des Ausgabenwachstums konzentrieren. Für die Bundesregierung ist es deshalb vordringlich, die Ursachen für unwirtschaftliche Leistungserbringung zu beseitigen und Überkapazitäten abzubauen.

a) Mangelnde Wirtschaftlichkeitsanreize

Wirtschaftlichkeitsanreize fehlen im gegenwärtigen System sowohl auf seiten der Leistungserbringer als auch auf seiten der Krankenkassen und der Versicher-

ten. Das gegenwärtige Leistungsrecht enthält kaum Anreize für den Versicherten zu sparsamer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es erscheint für den Versicherten vielfach erstrebenswerter, zu Lasten der Solidargemeinschaft eine aufwendige Versorgung zu erhalten, anstatt sich mit einer preiswerteren, aber medizinisch ausreichenden Versorgung zu begnügen. Das wird bei der Inanspruchnahme von Arzneimitteln, verschiedenen Heil- und Hilfsmitteln und beim Zahnersatz besonders deutlich. Auch bestehen kaum Anreize in der Krankenversicherung, sich nicht gesundheitsschädlich zu verhalten.

Auch bei den *Leistungserbringern* fehlt es an Anreizen zu einem wirtschaftlichen und sparsamen Verhalten. Zwar hat es im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich wichtige honorarpolitische Weichenstellungen durch die Selbstverwaltung gegeben, die geeignet sind, eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu fördern. Für den Bereich der veranlaßten Leistungen fehlen aber bislang geeignete Anreizmechanismen, die zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise führen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird so nicht ausreichend beachtet.

Anreize zu Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb fehlen auch bei einem großen Teil derjenigen Leistungserbringer, die durch ärztliche Verordnungen in die medizinische Versorgung der Versicherten einbezogen werden. Das gilt für die pharmazeutische Industrie und die Apotheker ebenso wie für das breit gefächerte Spektrum der Erbringer und Hersteller von Heil- und Hilfsmitteln. Mangelnder Wettbewerb führt gerade in diesen Bereichen häufig zu überhöhten Preisen. Auch im stationären Sektor — dem größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung — läßt sich die Wirtschaftlichkeit weiter verbessern.

b) Fehlende Kenntnis über Leistungen und Kosten

Ein großes Hemmnis für einen wirtschaftlicheren Mitteleinsatz ist der *Mangel an Transparenz* in den meisten Leistungsbereichen des Gesundheitswesens. Fehlende Transparenz führt dazu, daß dem Versicherten die Kosten seiner Leistungsanspruchnahme verborgen bleiben. Auch die Leistungserbringer — und hier insbesondere die Kassenärzte — verschaffen sich keinen ausreichenden Überblick über die Auswirkungen der von ihnen erbrachten und veranlaßten Leistungen. Der Selbstverwaltung bleiben Möglichkeiten versperrt, ungerechtfertigte Inanspruchnahme und Mißbrauch durch Versicherte und Leistungserbringer aufzudecken und zu verhindern. Überversorgung und Überkapazitäten sowie Wirtschaftlichkeitsreserven auf der einen und Versorgungsdefizite auf der anderen Seite werden nicht in dem erforderlichen Ausmaß deutlich. Deshalb muß die Transparenz in zentralen Bereichen der GKV verbessert und damit die Entscheidungsgrundlage für eine rationale Gesundheitspolitik geschaffen werden.

c) Überkapazitäten und Überversorgungen

Ein schwerwiegendes Strukturproblem, das in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen wird, ist das Problem der *Überkapazitäten* und der *Überversorgung* im Gesundheitswesen, durch die erhebliche finanzielle Mittel gebunden werden. Sie verhindern, daß die begrenzten finanziellen Mittel dort eingesetzt werden können, wo sie medizinisch besonders notwendig sind. Überversorgung hat vor allem beim Zahnersatz, im Arznei- sowie im Heil- und Hilfsmittelsektor maßgeblich zum Ausgabenanstieg beigetragen. Auch bei der Krankenhausversorgung gibt es Überkapazitäten in einzelnen Bereichen.

Überkapazitäten durch eine rasch steigende Zahl von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und den übrigen Gesundheitsberufen bergen erhebliche Risiken für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung und ihre Finanzierbarkeit. Insbesondere wird die Qualität der Aus- und Weiterbildung beeinträchtigt. Zudem führen steigende Zahlen der Leistungserbringer zu zunehmender Konkurrenz um Patienten, die sich in medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung niederschlagen kann. Die Bundesregierung hält deshalb eine Anpassung der Ausbildungskapazitäten bei den Gesundheitsberufen zur Qualitätssicherung der Ausbildung für notwendig. Dazu bedarf es der Mitwirkung der Bundesländer.

d) Systemmängel bei Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten

Das gegliederte System der Krankenversicherung ermöglicht Versichertennähe und Innovationen. Wettbewerb zwischen den Trägern der Krankenversicherung kann dann Vorteile bringen, wenn sich die Krankenkassen um einen sparsamen und wirtschaftlichen Einsatz der ihnen anvertrauten Beiträge bemühen, wenn sie Prävention und Gesundheitserziehung fördern und ihre Dienstleistungsfunktionen für die Versicherten verbessern. In der Strukturreform sollen die Chancen für den Wettbewerb der Kassenarten daher durch Angleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen verbessert werden.

Allerdings zeigt die Vergangenheit, daß der Wettbewerb teilweise auch dazu geführt hat, daß sich die Krankenkassen bei der Honorierung von Ärzten, Zahnärzten und anderen Leistungserbringern gegenseitig übertroffen haben. Das gleiche gilt für die unterschiedliche Handhabung von Ermessensleistungen, insbesondere Kuren und Härtefallregelungen, mit denen die Krankenkassen um zusätzliche Mitglieder werben. Wettbewerbsmethoden, die zu einer Belastung der Beitragszahler führen, müssen in Zukunft verhindert werden.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist nur dann möglich, wenn Versicherte zwischen den Kassen der verschiedenen Kassenarten wählen können. Angestellte können zwischen ihrer Pflichtkasse und einer Ersatzkasse wählen. Den meisten Arbeitern ist diese Möglichkeit versperrt, weil es für die Mehrzahl der Arbeiterberufe keine entsprechende Arbeiter-Ersatzkasse gibt. Insbesondere haben Angestellte bei

einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze grundsätzlich die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, während Arbeiter ungeachtet ihres Einkommens in der GKV pflichtversichert sind. Das gegenwärtige System ist somit durch eine unterschiedliche Behandlung von Arbeitern und Angestellten gekennzeichnet. Diese historisch bedingten Regelungen sind heute problematisch geworden, zumal sie bei den einzelnen Versicherten im Zusammenwirken mit der Versicherungspflicht zu erheblichen Unterschieden in der Beitragsbelastung führen können.

In der Strukturreform wird damit begonnen, Ungleichbehandlungen abzubauen. In einem ersten Schritt wird für Arbeiter erstmals die Versicherungspflichtgrenze eingeführt. Eine weitergehende Anpassung der Mitgliedschaftsregelungen für Arbeiter und Angestellte hat die Bundesregierung wegen der damit verbundenen erheblichen Veränderungen für Kassenorganisation und -bestand sowie wegen der Folgen für die gegliederte Krankenversicherung zurückgestellt. Sie prüft entsprechende Möglichkeiten für einen ergänzenden Reformschritt, um Zeit für eine ausreichende Diskussion mit den Beteiligten über den Weg einer sachgerechten Lösung zu gewinnen.

Unverzüglich gehandelt werden muß jedoch, um extreme Beitragssatzunterschiede — die Beitragssätze einzelner Kassen schwanken zwischen 7,5 % und 16,0 % — abzubauen. Eine extrem hohe Belastung der Versicherten bei nahezu gleichen Versicherungsleistungen (vgl. Tabelle 2) ist nicht vertretbar. Hier kommt es darauf an, für Krankenkassen mit ungünstigen Risikostrukturen Ausgleichsmöglichkeiten innerhalb einer Kassenart zu eröffnen, und zwar in erster Linie innerhalb eines Landesverbandes, aber auch länderübergreifend.

3. Weitere Problemfelder und Versorgungsdefizite

a) Gesundheitsvorsorge und chronische Erkrankungen

Eine vorrangige Aufgabe der Strukturreform ist die Verstärkung der präventiven Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das erfordert neben Verbesserungen im Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe insbesondere eine Verstärkung der Vorsorgemaßnahmen zur Früherkennung und Vermeidung chronischer Erkrankungen und neuer Zivilisationskrankheiten (zu den Maßnahmen der Reform vgl. V. 2. d.).

Die Bundesregierung ist bereit, die Aufwertung des Präventionsgedankens auch durch Mehraufwendungen im Rahmen der GKV zu dokumentieren. Mehr Prävention bietet nicht nur eine Chance zur Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und zur besseren Lebensqualität. Sie kann langfristig auch teilweise zur Verminderung von Kosten beitragen. Auch soweit Krankheitsursachen in der Umwelt und der Arbeitswelt liegen, sind Präventionsmaßnahmen erforderlich, die über den Handlungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausreichen. Sie

können nicht unmittelbar Gegenstand dieses Gesetzgebungsvorhabens allein sein.

Die chronischen und zivilisationstypischen Erkrankungen — insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und Krebs — nehmen im Krankheitsspektrum der Bundesrepublik Deutschland immer breiteren Raum ein. Durch die Erfolge bei der Behandlung von Akuterkrankungen und die größeren Möglichkeiten der operativen und Intensivmedizin wurde eine kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung der Bevölkerung erreicht. Dies führt zu einer Zunahme der Häufigkeit chronischer Erkrankungen und damit auch zu einer größeren Zahl langdauernder schwerer Krankheitsverläufe.

Ziel muß es deshalb sein, neben einer verbesserten Prävention

- noch vorhandene Defizite in der Behandlung abzubauen,
- die Behandlung und Nachsorge zu verbessern und die Belastungen der Patienten und ihrer Familien durch die jahrelang fortschreitenden Erkrankungen zu verringern.

Die Reform wird durch einen Ausbau der Leistungen der GKV im Bereich der Prävention, der Rehabilitation und der häuslichen Pflege deutlich bessere gesetzliche Rahmenbedingungen für die Verhütung und Bekämpfung chronischer Krankheiten und eine bessere Nachsorge und Rehabilitation schaffen.

Für eine qualifizierte ambulante und stationäre Versorgung chronisch Kranker bedarf es dagegen einer Erweiterung des gesetzlichen Leistungsrahmens nicht. Notwendig sind in erster Linie Verbesserungen in der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Der Gesetzentwurf schafft dafür bessere gesetzliche Grundlagen.

Im übrigen ist entscheidend, daß neue Erkenntnisse in der Medizin so rasch wie möglich in die Breitenversorgung umgesetzt und die Qualität der Behandlung gesichert werden. Dabei ist eine Orientierung am medizinisch notwendigen Bedarf unumgänglich. Überdiagnostik und Übertherapie nützen dem Patienten nicht. Häufig verbessern sie nicht die Gesundheit, sondern setzen den Patienten zusätzlichen physischen und psychischen Belastungen aus. Durchdachte Behandlungskonzepte und persönliche Zuwendung des Arztes bewirken mehr als technische und medikamentöse Überversorgung.

Die Bundesregierung wird im Rahmen ihres „Modellprogramms zur besseren Versorgung chronisch Kranker“ entsprechende Modelle und Initiativen der Selbstverwaltung nachhaltig unterstützen.

Im übrigen verweist die Bundesregierung auf ihre Aussagen zur Prävention in ihrer Antwort auf die Große Anfrage „Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“ (BT-Drucksache 10/3374).

b) Bekämpfung von AIDS

Die Krankheit AIDS stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Solange es weder einen Impfstoff noch ein Heilmittel gegen AIDS gibt, liegen die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Bekämpfung von AIDS vor allem in der Intensivierung der Information ihrer Versicherten über den Schutz vor Ansteckung und in der Gewährleistung der notwendigen ambulanten und stationären Versorgung von AIDS-Kranken. Dabei bedarf es insbesondere einer engen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie verbesserter Möglichkeiten für die häusliche Pflege von Personen, bei denen die Medizin an die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten gekommen ist.

Der HIV-Antikörpertest bei Personen, bei denen keine Anzeichen einer HIV-bedingten Erkrankung vorliegen, ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Durchführung von Tests in diesen Fällen gehört zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es bedarf deshalb einer engen Zusammenarbeit der Krankenkassen mit diesen Stellen.

Die Bundesregierung unterstützt die Aufgaben der Krankenversicherung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Modellprogramme und durch die Intensivierung der Forschung. Kein sinnvolles Forschungsvorhaben zur Bekämpfung von AIDS soll an fehlenden Mitteln scheitern.

Die steigenden Zahlen an AIDS Infizierter und Erkrankter bedeuten für die GKV vermehrte Leistungen und zusätzliche Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich. Auch vor dem Hintergrund noch immer zunehmender Patientenzahlen ergeben Kostenschätzungen, daß die GKV bis Anfang der 90er Jahre maximal mit jährlich 1 Mrd. DM belastet wird; diese Größenordnung bedeutet zwar eine stärkere Mehrbelastung, sie bedeutet aber nicht eine Überforderung und erst recht nicht das Ende der finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

c) Psychiatrie

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind – aufbauend auf den Forderungen der Psychiatrie-Enquete – insbesondere über das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung, Fortschritte bei einer gemeindenahen Versorgung sowie bei der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken erzielt worden. Insgesamt wurde durch das Modellprogramm Psychiatrie des Bundes, das nach fünf Jahren Ende 1985 ausgelaufen ist, aber auch durch gleichgerichtete Anstrengungen auf Länderebene, in der Öffentlichkeit mehr Bewußtsein für psychiatrische Belange geschaffen; außerdem konnten auf diese Weise die Rahmenbedingungen für eine realistisch ausgelegte Reform der Psychiatrie abgesteckt werden.

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker“

sind im Jahre 1986 bereits erste Verbesserungen im Leistungsrecht erreicht worden. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird dieser Ansatz weiterverfolgt (vgl. unten d.). Weitere Schritte erscheinen erst sinnvoll, wenn die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprogramms und die Reformvorschläge der Expertenkommission vorliegen. Damit ist voraussichtlich im Laufe des Jahres 1988 zu rechnen. Die Bundesregierung wird dann die in ihrem Aufgabenbereich erforderlichen Initiativen unverzüglich einleiten. Sie wird sich dabei von folgenden Zielen leiten lassen:

- Das Ziel einer gemeindenahen Versorgung wird weiter verfolgt.
- Psychisch und somatisch Kranke müssen auch in der medizinischen Versorgung gleich behandelt werden.
- Die Stärkung des ambulanten und komplementären Bereichs muß fortgesetzt werden.

Um den Belangen psychisch Kranker und Behinderter besser gerecht werden zu können, ist es notwendig, die Leistungen vor allem in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie sowie für chronisch Kranke und Behinderte auf eine sichere Grundlage zu stellen. Dies wird insbesondere komplementäre Dienste und Einrichtungen absichern und damit – im Sinne krankenhaushaltender Maßnahmen – den ambulanten und teilstationären Sektor stärken.

d) Sozialpädiatrische Zentren

Die ambulante sozialpädiatrische Versorgung von Kindern hat zum Ziel, Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zu Krankheiten führen können, durch eine möglichst frühe Diagnose, Therapie und soziale Eingliederung zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Hierzu ist häufig eine ganzheitliche Behandlung von gezielten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen angezeigt, die bisher nur in wenigen fachübergreifenden sozialpädiatrischen Zentren unter der Zusammenarbeit von Ärzten und nicht-ärztlichen Fachkräften angeboten wird. In der Reform soll den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, vermehrt qualitativ geeignete sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten sozialpädiatrischen Versorgung zuzulassen.

e) Pflegebedürftigkeit

Eine bessere soziale Absicherung des Pflegefallrisikos gehört zu den drängendsten sozial- und gesundheitspolitischen Problemen in der Bundesrepublik Deutschland. Rund zwei Millionen Menschen sind in der Bundesrepublik pflegebedürftig, sie benötigen nicht nur vorübergehend Hilfe und Betreuung. Insbesondere die Zahl pflegebedürftiger alter Menschen hat in den letzten Jahrzehnten aufgrund des veränderten Altersaufbaus der Bevölkerung stark zuge-

nommen. Dem hat das Gesundheitssystem noch nicht ausreichend Rechnung getragen.

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung werden auch daran gemessen, ob und wie weit es gelingt, eine bedarfsgerechte, angemessene und humane Betreuung Pflegebedürftiger sicherzustellen und dafür die notwendigen finanziellen Voraussetzungen zu schaffen. Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, daß das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger einer Verbesserung bedarf. Vorrangig sind insbesondere Hilfen zur Sicherung der häuslichen Pflege. Mehr als 1,7 Millionen Menschen werden unter großen Anstrengungen zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. Die Unterstützung der häuslichen Pflege ist ein Gebot der Humanität. Zugleich ist häusliche Pflege im allgemeinen auch kostengünstiger als stationäre Betreuung.

Unterschiedliche Auffassungen bestehen allerdings darüber, ob die Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger im Rahmen einer Versicherung – und hier insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung – oder über ein Leistungsgesetz des Bundes erfolgen soll. Die engen Beziehungen zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit, die nicht selten eine Abgrenzung erschweren, sprechen dafür, daß die gesetzliche Krankenversicherung einen Beitrag zur Lösung dieses Problems leisten muß. Anknüpfungspunkt sind die bisher schon gewährten Leistungen zur häuslichen Krankenpflege (§ 185 RVO).

Es kann allerdings nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, die Probleme der Pflegebedürftigkeit insgesamt zu lösen. Eine versicherungsrechtliche Gesamtlösung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet deshalb für die Bundesregierung aus. Sie wäre mit dem Ziel, den Krankenkassen durch die Strukturreform Spielräume für eine Senkung der Beitragssätze zu geben, nicht vereinbar. Bei der sozialen Absicherung der Pflegepersonen und der stationären Pflege sind andere Finanzierungsträger als die GKV gefordert. Aber es ist notwendig und vertretbar, mit einem begrenzten Finanzvolumen einen deutlich abgrenzbaren Sektor aus der Gesamtproblematik, nämlich die ambulante häusliche Pflege Schwerpflegebedürftiger, in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, weil hier in erster Linie sozialpolitischer Handlungsbedarf besteht.

Die Bundesregierung will mit den in der GKV vorgesehenen Maßnahmen (vgl. V. 1. b.) ein politisches Signal setzen, daß die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nicht allein gelassen werden. Sie sieht auch außerhalb der Strukturreform Hilfen bei Pflegebedürftigkeit als erforderlich an. Im Regierungsentwurf zum Steuerreformgesetz 1990 hat die Bundesregierung entsprechende Vorschläge für Steuererleichterungen unterbreitet.

f) Qualität und Menschlichkeit

Das System der gesundheitlichen Versorgung wird gegenwärtig wesentlich mitbestimmt und mitgeprägt

durch die Entwicklung, Anwendung und Verbreitung von medizinisch-technischen Geräten und Verfahren. Es ist anzuerkennen, daß diese Hochleistungsmedizin wichtige und unverzichtbare Beiträge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leistet.

Übermäßige Technisierung und damit notwendigerweise einhergehende Spezialisierung bergen allerdings auch Gefahren für eine *humane Krankenversorgung*. Sie können dazu führen, daß die für den Heilerfolg des Kranken ebenso unerläßliche menschliche und persönliche Zuwendung und die dazu erforderlichen Dienstleistungen zu kurz kommen. Es ist daher notwendig, den Erfordernissen einer humanen Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Bedürfnissen der Bürger und Patienten vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen. Deshalb sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, verstärkt auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

Neben der Sicherung der Humanität geht es in der Zukunft verstärkt auch um die Sicherung der *Qualität* der medizinischen Versorgung. Diese ist besonders abhängig von der Qualifikation der Leistungserbringer. Bei steigenden Zahlen der Medizinstudenten erwachsen Gefahren für die Qualität der Ausbildung. Notwendig sind daher Maßnahmen, die eine ausreichende Qualifikation junger Ärzte gewährleisten. In der Reform sollen darüber hinaus die Möglichkeiten für eine rasche Weiterentwicklung umfassender Qualitätssicherungsprogramme verbessert werden.

Als Entscheidungshilfe für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen und zugleich wirtschaftlichen Versorgung ihrer Versicherten benötigen die Krankenkassen eine wirksame *medizinische Beratung*. Nicht nur bei der Begutachtung von Einzelfällen, sondern auch bei Verhandlungen und Vertragsabschlüssen mit Leistungserbringern ist eine solche fachliche Unterstützung eines sachkundigen medizinischen Beratungsdienstes unerläßlich. Der den Landesversicherungsanstalten angegliederte *Vertrauensärztliche Dienst* konnte diesen Anforderungen bislang noch nicht in ausreichendem Maße gerecht werden. Eine von den Spitzenverbänden der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger erarbeitete Empfehlungsvereinbarung zum Vertrauensärztlichen Dienst ist auf Umsetzungsschwierigkeiten gestoßen. Sein Aufgabenspektrum und seine Organisationsform sind deshalb in der Strukturreform zu reformieren.

Die Fragen von Qualität und Humanität der gesundheitlichen Versorgung und Fragen der Wirtschaftlichkeit stehen nicht miteinander im Widerspruch. Die Bundesregierung ist davon überzeugt, daß durch mehr Qualität und Humanität der gesundheitlichen Versorgung zugleich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gesteigert werden kann.

IV. Weiterentwicklung auf der Grundlage bewährter Prinzipien

1. Solidarische Erneuerung statt Neukonstruktion

Die GKV mit ihren tragenden Grundpfeilern Solidarität, Subsidiarität, Gliederung und Selbstverwaltung hat sich seit ihrer Errichtung im Jahre 1883 grundsätzlich bewährt. Sie ist ein wichtiger Garant für ein freies Gesundheitswesen und hat im Laufe ihrer über 100jährigen Geschichte entscheidend dazu beigetragen, daß unser Land über eine leistungsfähige medizinische Versorgung auf hohem Niveau verfügt.

Wesentliches Kennzeichen der GKV ist das *Solidarprinzip*. Die Beiträge, die der Versicherte für seinen Krankenversicherungsschutz zu entrichten hat, richten sich nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit; Alter, Geschlecht und das gesundheitliche Risiko des Versicherten sind für die Beitragshöhe unerheblich. Der Anspruch auf die medizinischen Leistungen der GKV ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge. Ausdruck des Solidarprinzips ist auch die beitragsfreie Familienmitversicherung, insbesondere von Ehegatten und Kindern, sofern diese vom Versicherten unterhalten werden.

Die Bundesregierung bejaht das Solidarprinzip. Sie ist allerdings der Auffassung, daß die seit Beginn der GKV eingetretenen Veränderungen in der medizinischen Versorgung und in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen eine Neubegrenzung der Gesundheitsleistungen erforderlich machen, die aus Beiträgen der Solidargemeinschaft finanziert werden sollten.

Die Bundesregierung hält es für mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar, bestimmte Gruppen aus der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen. Sie erteilt deshalb auch allen Bestrebungen eine klare Absage, die darauf abzielen, die Krankenversicherung der Rentner von der Allgemeinen Krankenversicherung zu trennen. Dies käme einer Entsolidarisierung zwischen jung und alt gleich. Den Rentnern wurde durch die stufenweise Anhebung des Beitrags zu ihrer Krankenversicherung ein angemessener Anteil an den Krankheitskosten abverlangt. Dieser Anteil ist der aktuellen Beitragssatzentwicklung anzupassen.

Neben das Solidarprinzip tritt in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichberechtigt das Prinzip der *Subsidiarität*. Beide Prinzipien sind kein Gegensatz. Deshalb kommt es im Gesundheitswesen darauf an, die Fähigkeit des einzelnen zur eigenverantwortlichen Vorsorge für seine Gesundheit zu stärken. Kein Gesundheitswesen kann auf Dauer leistungsfähig bleiben, wenn sich nicht zunächst der einzelne um seine Gesundheit bemüht. Aufgabe der Strukturreform ist es daher auch, die Bereitschaft zur Eigenverantwortung zu fördern und die Anreize zu gesundheitsbewußtem Verhalten zu verbessern.

Ausfluß des Subsidiaritätsgedankens ist auch das *Selbstverwaltungsprinzip*. Durch dieses Prinzip sind den Organisationen und Verbänden im Gesundheitswesen wichtige Aufgaben übertragen, die durch den

Sachverstand der unmittelbar Beteiligten besser gelöst werden können als durch den Gesetzgeber.

Das Prinzip der Selbstverwaltung hat sich nach Auffassung der Bundesregierung bewährt. Es verschafft den Beteiligten unmittelbare Mitwirkungsmöglichkeiten an der Ausgestaltung der Gesundheitssicherung. Es trägt zur Sozialpartnerschaft und zum sozialen Frieden bei. Die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung sollen durch den Gesetzentwurf erweitert und gestärkt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist regional, berufs- und betriebsbezogen gegliedert. Die *Gliederung* trägt berufsständischen wie regionalen Besonderheiten Rechnung und ist ein Garant für Versicherten-nähe. Dennoch verbinden sich mit der gegliederten Krankenversicherung auch Probleme, wie z. B. die Beitragsatzunterschiede zwischen den Krankenkassen, für die es in der Strukturreform eine Lösung zu finden gilt.

Der Schutzbedürftigkeit breiter Bevölkerungskreise vor dem finanziellen Krankheitsrisiko trägt die GKV dadurch Rechnung, daß sie die Kosten einer notwendigen medizinischen Behandlung übernimmt und bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlung Krankengeld als Lohnersatzleistung zahlt. Das *Sachleistungsprinzip* verpflichtet die gesetzliche Krankenversicherung, für ihre Versicherten eine ausreichende und medizinisch hochwertige Versorgung unter Einschluß des medizinischen Fortschritts sicherzustellen. Die Träger der Krankenversicherung schließen dazu Verträge mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Das Sachleistungsprinzip hat sich in den zentralen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens im großen und ganzen als leistungsfähig erwiesen. Es garantiert, daß derjenige, der krank ist, ohne Rücksicht auf sein Einkommen behandelt werden kann.

Das Sachleistungsprinzip muß aber mit der Strukturreform weiterentwickelt werden. Insbesondere gilt es, die bislang mit dem Sachleistungsprinzip verbundene Intransparenz über Preise und Kosten zu beseitigen und damit auch Anreize zu einer sparsamen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu verbinden. So soll in Teilbereichen, in denen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven durch Intensivierung der Nachfrage nach *preisgünstigen* Leistungen (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) ausgeschöpft werden können, ein System von Festbeträgen und in anderen Teilbereichen, wie etwa der kieferorthopädischen Versorgung oder der Versorgung mit Zahnersatz, der Übergang zu einem System der Kostenerstattung die sparsame Leistungsanspruchnahme durch den Versicherten mit der Sicherstellung der medizinisch notwendigen Leistungserbringung verbinden. Auch sollen die Krankenkassen zeitlich begrenzt Kostenerstattung erproben können.

Eine Abschaffung der Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung würde eine Abkehr von einer verlässlichen Sozialpolitik bedeuten. Sie würde nicht nur Unsicherheit schaffen, sondern zu sozial- und gesundheitspolitisch unververtretbaren Konsequenzen führen.

Mit der Strukturreform soll eine solidarische Erneuerung, aber nicht eine völlige Neukonstruktion der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden.

2. Absage an staatliche Versorgungssysteme und reine Marktmodelle

a) Kein staatliches Gesundheitssystem

Die Bundesregierung lehnt die Einführung eines staatlichen Versorgungssystems im Gesundheitswesen ebenso ab wie eine Einheitsversicherung. Erfahrungen mit staatlich organisierten Gesundheitssystemen zeigen, daß die gesundheitliche Versorgung dort erhebliche qualitative Mängel aufweist. Die Wahlmöglichkeiten des Patienten unterliegen dort ebenso wie die freie Ausübung der Gesundheitsberufe erheblichen Einschränkungen.

Eine am Selbstverwaltungsprinzip orientierte Gesundheitspolitik läßt sich nur schwerlich mit einer zentralen Ziel- und Finanzplanung vereinbaren. Zentralisierte Budgetierungsverfahren bieten nach Auffassung der Bundesregierung keine Gewähr für mehr Wirtschaftlichkeit. Vielmehr besteht die Gefahr, daß unwirtschaftliche Strukturen konserviert werden. Die Bundesregierung ist allerdings der Auffassung, daß die Orientierung von Leistungen und Ausgaben an gesundheitlichen Zielen und Prioritäten verbessert werden muß. Selbstverwaltung, Leistungserbringer und Versicherte bedürfen einer Orientierung, an der sie in eigener Verantwortung kostenbewußtes Handeln im Gesundheitswesen ausrichten können. Die Bundesregierung strebt daher die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung als Informationsgrundlage für eine rationale Gesundheitspolitik an.

Ein Ausschuß der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen klärt auf der Grundlage der Vorschläge im Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zunächst den Informationsbedarf, der für den Bereich der GKV vorrangig durch eine Gesundheitsberichterstattung zu decken ist.

b) Reine Marktmodelle mit einer sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar

Die Bundesregierung hält auf der anderen Seite auch reine Marktmodelle im Gesundheitswesen für unverträglich, da sie die soziale Schutzfunktion der GKV aushöhlen. Der soziale Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen jungen und alten Menschen, Ledigen und Familien mit Kindern, Beziehern höherer und niedriger Einkommen ist elementarer Bestandteil der GKV. Diese Umverteilungsfunktionen können von einem reinen Marktssystem nicht geleistet werden. Streng marktwirtschaftliche Ansätze, wie sie in Modellen des „Kronberger Kreises“ und zum Teil auch in den sozial- und gesundheitspolitischen Aussagen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zum Ausdruck kommen, sind nicht in der Lage, das Marktmodell einer Krankenversicherung mit dem Solidarprinzip zu vereinbaren. Auch eine stärkere Verlagerung der so-

zialen Ausgleichsfunktion in den Bereich der Einkommensbesteuerung weist in die falsche Richtung, weil sie der Absicht der Bundesregierung, das Steuersystem leistungsfreundlicher zu gestalten, entgegenwirkt.

Marktwirtschaftliche Modelle verkennen darüber hinaus zumeist die Besonderheiten des Gesundheitswesens. Konsumentensouveränität — eine elementare Voraussetzung für einen funktionierenden Marktmechanismus — ist in weiten Bereichen der gesundheitlichen Versorgung nicht voll erreichbar. Deshalb muß im Regelfall die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern wesentlich in die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung eingebunden bleiben. Ein reines Marktmodell würde die Steuerungsfunktion der Selbstverwaltung außer Kraft setzen, die Qualität der medizinischen Versorgung gefährden und die Entwicklung gesundheitspolitischer Prioritäten erschweren.

Die Vermutung der Befürworter einer marktwirtschaftlichen Steuerung, diese führe „automatisch“ zu einer kostengünstigeren und wirtschaftlicheren Versorgung, ist zudem empirisch nicht belegt.

c) Aber Markt und Wettbewerb, wo sinnvoll und möglich

Die Absage an reine Marktmodelle bedeutet allerdings keine Absage an den verstärkten Einbau von Elementen des Marktes und des Wettbewerbs in die GKV. Vielmehr können durch mehr Transparenz, Ausbau und Verbesserung wirtschaftlicher Anreize für Versicherte und Leistungserbringer dann marktwirtschaftliche Elemente gestärkt werden, wenn dies sozial- und gesundheitspolitisch vertretbar ist. Mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern erscheint überall dort wünschenswert, wo ein überhöhtes Preisniveau ohne Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Leistungen abgebaut werden kann. Daher sollen im Rahmen der Strukturreform bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln Festbeträge eingeführt werden. Auch zwischen den einzelnen Krankenkassen kann mehr Wettbewerb die Wirksamkeit der Versorgung innerhalb der GKV verbessern, wenn zugleich durch geeignete Rahmenbedingungen sichergestellt ist, daß kostentreibender Wettbewerb, der zu steigenden Beitragssätzen führt, unterbleibt. Die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Kassen sollen daher in der Reform verbessert werden.

Bereits 1966 hat die von der damaligen Bundesregierung eingesetzte Sozialenquete-Kommission in einer umfassenden Analyse der GKV auf vielfältige Möglichkeiten einer wirtschaftlicheren Versorgung hingewiesen. So hat sie etwa betont, daß Zuzahlungen der Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen geeignete und sozialpolitisch vertretbare Steuerungsinstrumente sein können. Sie hat aber zugleich deutlich gemacht, daß eine völlige Neukonstruktion der GKV unverträglich erscheint: „Ein Gebilde, das in 100 Jahren organisch gewachsen ist, verdient Respekt und Anerkennung. Es steht zuviel auf dem Spiel, als daß unbekümmerte Experimente zulässig wären.“

Diese Aussage hat weiterhin Gültigkeit. Es geht darum, das bewährte System der Krankenversicherung an neue Herausforderungen anzupassen, damit es flexibel auf neue medizinische Entwicklungen reagieren kann und finanzierbar bleibt.

V. Schwerpunkte der Reform

Die Bundesregierung geht mit der Vorlage des Gesetzentwurfs von den nachfolgenden Schwerpunkten aus:

1. Solidarität neu bestimmen

In der medizinischen Versorgung und in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten haben sich in den vergangenen Jahrzehnten erhebliche Veränderungen ergeben. Der Inhalt der Solidarität in der GKV ist daher unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Subsidiarität neu zu bestimmen. Einerseits ist es notwendig, neue Aufgaben zu lösen und Versorgungsdefizite zu beseitigen. Andererseits ist es erforderlich, die Solidarität auf das Notwendige zu beschränken und Leistungen, die keiner solidarischen Absicherung bedürfen, aus dem Leistungskatalog herauszunehmen.

a) Die Leistungen auf das medizinisch Erforderliche konzentrieren

aa) Leistungen durch Festbeträge auf das notwendige Maß begrenzen

In einigen Bereichen der Krankenversicherung ist es erforderlich, die Solidarität der Versichertengemeinschaft mit dem Gedanken des Wettbewerbs zu verbinden und durch preisorientierte Nachfrage und preisgünstige Angebote die Ausgaben zu begrenzen.

In diesen Bereichen sollen daher die Krankenkassen künftig Festbeträge leisten. Die Festbeträge werden so festgesetzt, daß der Versicherte im allgemeinen eine wirtschaftliche, medizinisch notwendige und in der Qualität gesicherte Leistung ohne Zuzahlung erhält. Wünscht der Versicherte eine aufwendigere Versorgung, hat er die Mehrkosten zu tragen. Die Festbeträge machen die bisherigen Zuzahlungen überflüssig.

Die Therapiefreiheit des Arztes bleibt auch nach Einführung der Festbeträge gewahrt. Sie gilt allerdings schon heute nicht schrankenlos; vielmehr wird sie durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt. Durch die Einführung von Festbeträgen wird das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisiert.

Festbeträge sind vorgesehen für

- Arzneimittel; hier soll ein Einstieg bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln erfolgen, bei den übrigen Arzneimitteln soll schrittweise auf Festbeträge umgestellt werden;

- Heil- und Hilfsmittel, einschließlich Brillen und Hörgeräten;
- Zuschüsse bei offenen Badekuren.

bb) Auf nicht notwendige Leistungen verzichten

Die Bundesregierung schlägt vor, folgende Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung herauszunehmen:

- das Sterbegeld; für Versicherte und Angehörige der Geburtsjahrgänge 1938 und älter soll als Übergangsregelung das Sterbegeld in der heutigen Höhe der gesetzlichen Regelleistung erhalten bleiben;
- „Bagatel“ heil- und hilfsmittel sowie Heil- und Hilfsmittel mit geringem medizinischen Nutzen;
- unwirtschaftliche Arzneimittel;
- kieferorthopädische Behandlungen vorwiegend aus kosmetischen Gründen.

b) Neue Herausforderungen annehmen

aa) Die großen Volkskrankheiten wirksam bekämpfen

Die Bundesregierung beabsichtigt, außerhalb dieses Gesetzesvorhabens, die weit verbreiteten chronischen Krankheiten und Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes, Krebs) gezielt zu bekämpfen. Sie wird daher die Forschung in diesem Bereich weiter verstärken und die Versorgung durch Modellvorhaben weiterentwickeln. In der Reform sollen durch einen Ausbau präventiver Leistungen, bessere Möglichkeiten für Nachsorge und Rehabilitation Kranker sowie durch bessere gesetzliche Grundlagen für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bessere Rahmenbedingungen für die Verhütung und Bekämpfung chronischer Krankheiten geschaffen werden.

Auch die Bekämpfung von AIDS soll durch Forschungsprogramme und Modellmaßnahmen weitergebracht werden.

bb) Bei der häuslichen Pflege helfen

Der Gesetzentwurf sieht vor, daß die Strukturreform im Gesundheitswesen mit einem Beitrag der GKV zur Verbesserung der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit verbunden wird. Hierdurch soll ein Signal zur Lösung des Gesamtproblems der Pflegebedürftigkeit gesetzt werden. Die vorgesehenen Maßnahmen verfolgen das Ziel, die häusliche Pflege zu stärken und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, zu entlasten. Zugleich soll ein Anreiz geschaffen werden, Pflegefälle aus den Krankenhäusern in den häuslichen Bereich zu verlegen und damit den Anstieg der Krankenhauskosten zu bremsen.

Vorgesehen sind innerhalb der GKV für Schwerst- und Schwerpflegebedürftige

- Übernahme der gesamten häuslichen Pflege für vier Wochen im Jahr, wenn die Pflegeperson wegen Krankheit, Urlaub oder aus einem sonstigen Grund ausfällt. Diese neue Leistung soll ab 1. Januar 1989 gewährt werden.
- Pflegehilfen in Form von bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat; wahlweise zahlt die Krankenkasse als Pflegehilfe einen Geldbetrag von 400 DM je Monat. Diese Leistungen sollen ab 1. Januar 1991 gewährt werden.

Die Bundesregierung sieht es außerdem als erforderlich an, die steuerlichen Hilfen bei Pflegebedürftigkeit zu verbessern. Im Regierungsentwurf zum Steuerreformgesetz 1990 hat sie Vorschläge für steuerliche Freibeträge für die Pflegepersonen vorgelegt.

cc) Qualität und Menschlichkeit im Gesundheitswesen sichern

Zur Verbesserung der Qualität und Humanität bei der Versorgung der Versicherten schlägt die Bundesregierung folgende Maßnahmen vor:

- Kassenärzte und Krankenhäuser werden zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsprogrammen verpflichtet.
- In der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wird die Abrechnung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, von der Erfüllung entsprechender Qualifikationserfordernisse abhängig gemacht.
- Eine stichprobenweise Prüfung der Qualität der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung auf der Grundlage von Qualitätsstandards, die der Bundesausschuß der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen entwickeln soll, wird eingeführt.
- Die Gewährleistungsfrist bei Zahnersatz im Rahmen der Versorgung der Versicherten wird von heute sechs auf künftig mindestens zwölf Monate verlängert.
- Voraussetzung der Aufnahme neuer Hilfsmittel in das künftig zu erstellende Hilfsmittelverzeichnis soll sein, daß die Hersteller die therapeutische Effektivität und Funktionstauglichkeit prüfen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen Qualitätsstandards für Hilfsmittel entwickeln. Neue Heilmittel dürfen nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ihren therapeutischen Nutzen anerkannt hat.
- Die Krankenkassen erhalten das Recht, Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, zu unterstützen.
- Die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden verpflichtet, auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

2. Eigenverantwortung stärken

Die Bundesregierung hält eine Stärkung der Eigenverantwortung der Bürger für die Gesundheit für vorrangig. Hierzu bedarf es verbesserter Rahmenbedingungen für Gesundheitsvorsorge und verbesserter finanzieller Anreize für die Versicherten.

a) Gesundheitsvorsorge ausbauen

Der Gesetzentwurf sieht einen Ausbau der Gesundheitsvorsorge durch folgende Maßnahmen vor:

- Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen; dabei sollen die Krankenkassen mit den Ländern und den Zahnärzten zusammenarbeiten;
- Einführung zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen für Versicherte von 14 bis 25 Jahren (Einstieg in die Individualprophylaxe);
- Einführung regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen („Gesundheits-Check-up“) für Versicherte über 35 Jahre, insbesondere auf Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Diabetes.

Die Bundesregierung appelliert an die Länder, darüber hinaus Gesundheitserziehung durch Ärzte in Schulen und Kindergärten einzuführen.

b) Sparanreize für die Versicherten schaffen

Der Gesetzentwurf sieht vor, durch folgende Maßnahmen Anreize zu einer sparsamen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Versicherten zu schaffen:

aa) Bonus beim Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge

Versicherte, deren Gebißzustand eine regelmäßige Zahnpflege erkennen läßt und die regelmäßig die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen bzw. sich nach Vollendung des 25. Lebensjahres regelmäßig auf Zahnerkrankungen zahnärztlich untersuchen lassen, sollen bei der Inanspruchnahme von Zahnersatz einen höheren Zuschuß erhalten (vgl. unten cc.).

bb) Beitragsrückgewähr

Durch Einführung einer Beitragsrückgewähr soll auf die sparsame Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen in der GKV hingewirkt werden. Die Beitragsrückgewähr soll zunächst im Rahmen einer Experimentierklausel bei wenigstens einer Krankenkasse eines jeden Landesverbandes erprobt werden. Die Inanspruchnahme von bestimmten Vorsorgeleistungen, Leistungen der Mutterschaftshilfe sowie Leistungen für Kinder bis zu 18 Jahren vermindert nicht den Anspruch auf die Beitragsrückzahlung.

cc) Zuzahlungen

– Zahnersatz

– Zu den Kosten des Zahnersatzes (für das zahnärztliche Honorar und für die zahntechnischen Leistungen) wird ein Zuschuß von 50 % der Kosten der berechnungsfähigen Zahnersatz-Leistungen gewährt. Die Selbstverwaltung erhält den gesetzlichen Auftrag, diese Zuschußregelung kostenneutral durch differenzierte Zuschüsse zu ersetzen.

– Bei regelmäßiger Inanspruchnahme zahnmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen bzw. bei regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchung auf Zahnerkrankungen erhöht sich der Zuschuß um 10 bis 15 Prozentpunkte.

– Fahrkosten

Auch für die Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkassen gilt verstärkt der Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

– Arzneimittel

Für Arzneimittel, für die noch keine Festbetragsregelung gilt, wird die bisherige Zuzahlung von 2 auf 3 DM je verordnetes Mittel erhöht. Ab 1991 wird die Zuzahlung von 3 DM durch eine prozentuale Zuzahlung ersetzt.

– Heilmittel

Für Heilmittel, für die kein Festbetrag gilt, wird eine Zuzahlung von 4 DM je Mittel festgesetzt.

– Brillen

Die bisherige Zuzahlung von 4 DM bei Brillen entfällt.

– Härteklausel

Für die Zuzahlung bei Arzneimitteln, Heilmitteln, stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen und Fahrkosten sowie für die im Zusammenhang mit dem Zuschuß bei Zahnersatz entstehende Selbstbeteiligung sieht der Gesetzentwurf eine für alle Kassen einheitliche Härtefallregelung vor. Dadurch wird verhindert, daß die Versicherten, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, finanziell überfordert werden.

3. Mehr Wirtschaftlichkeit schaffen

Unwirtschaftliche Strukturen in der GKV und im Gesundheitswesen haben wesentlich zu der unbefriedigenden Ausgabenentwicklung beigetragen. In der Reform soll daher kostenbewußtes Verhalten bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern sowie bei den Krankenkassen durchgesetzt werden. Hierzu dient auch:

- die Verbesserung der Transparenz über Leistungen und Kosten;
- die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen;
- die Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes zu einem effektiven medizinischen Beratungsdienst der Krankenkassen;

– die Verbesserung der Zusammenarbeit der Beteiligten in der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen;

– die Verbesserung der Möglichkeit der Krankenkassen, über Experimentierklauseln neue Wege bei der Prävention und zu mehr Wirtschaftlichkeit durch finanzielle Anreize zu eröffnen.

Im einzelnen ist vorgesehen:

a) Kostenbewußtes Verhalten bei Leistungserbringern durchsetzen

Wie die Analyse der einzelnen Leistungsbereiche verdeutlicht hat (vgl. Kapitel II.), sieht die Bundesregierung bei allen Gruppen der Leistungserbringer Reformbedarf.

In allen Leistungsbereichen soll bei den Vereinbarungen über Vergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität beachtet werden. Die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen soll bei ihren Empfehlungen die Beitragssatzstabilität als Zielvorgabe beachten, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Sie soll die einzelnen Versorgungsbereiche auf der Grundlage von medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben bewerten und Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzeigen.

Für den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

aa) Krankenhaus

Die Bundesregierung schlägt vor, das Krankenhausfinanzierungsrecht durch folgende Maßnahmen weiterzuentwickeln:

- Die Landesverbände der Krankenkassen sollen (neben den örtlichen Krankenkassen) in die Verantwortung für die Pflegesatzvereinbarungen einbezogen werden.
- Die Länder werden verpflichtet, im Rahmen ihrer Investitionsfinanzierung die Umwidmung von Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen finanziell zu fördern.

Nach Vorlage des Berichts der Bundesregierung zu den Erfahrungen mit dem neuen Krankenhausrecht (1988) wird die Bundesregierung prüfen, ob weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf im Hinblick auf die staatliche Genehmigung der Pflegesätze und der Schiedsstellenentscheidungen sowie im Hinblick auf sonstige Instrumente des neuen Pflegesatzrechts (Sonderentgelte, Wagniszuschläge) besteht.

Im Rahmen des Krankenhausvertragsrechts für die gesetzlichen Krankenkassen schlägt die Bundesregierung folgende Weiterentwicklungen vor:

- Den Krankenkassen wird ein Kündigungsrecht eingeräumt, wenn für das einzelne Krankenhaus kein Bedarf besteht oder es nicht nur vorübergehend unwirtschaftlich arbeitet. Die Kündigung ist mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf entsprechende Änderung der Krankenhausplanung zu verbinden. Die Landesbehörden können die Genehmigung der Kündigung verweigern, wenn das Krankenhaus trotz Unwirtschaftlichkeit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Landesrecht bedarfsgerecht ist.
- Kur- und Spezialeinrichtungen sollen künftig nur noch über Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden. Bei dem Vertragsabschluß ist die Abstimmung mit den Ländern herbeizuführen. Für vorhandene Betten in Kur- und Spezialeinrichtungen wird ein Bestandsschutz vorgesehen.
- Das zweiseitige Vertragsrecht zwischen den Verbänden der Krankenhäuser und den Verbänden der Krankenkassen wird neu geordnet. Für den Fall des Nichtzustandekommens von Verträgen soll eine unabhängige Landesschiedsstelle entscheiden. Auch das dreiseitige Vertragsrecht zwischen Kassenärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen wird neu geordnet.
- Die Regelungen über die „Verzahnung“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollen übersichtlicher gestaltet und verbessert werden.
- Die Krankenkassen sollen auf Landesebene ein Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte für Krankenhäuser aufstellen. Die Kassenärzte sollen die Versicherten unter Beachtung dieses Verzeichnisses in ein fachlich geeignetes Krankenhaus einweisen. Die Krankenkasse hat bei der Kostenübernahmeerklärung ebenfalls das Verzeichnis zu beachten. Weicht der Versicherte ohne zwingenden Grund von dem Einweisungsvorschlag des Arztes ab, kann er mit den Mehrkosten belastet werden.

bb) Ärzte und Zahnärzte

- Vorgesprochen wird, die Verantwortung der Kassenärzte für veranlaßte Leistungen durch einen Ausbau der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu stärken. Hierzu sollen die Vertragspartner der Gesamtverträge arztgruppenbezogene globale Vorgaben in Form von Richtgrößen entwickeln.
- Zur Sicherstellung der Qualität und Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung bei steigenden Arztzahlen ist vorgesehen:
 - Ausschluß einer Neuzulassung oder Neuermächtigung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben.
 - Voraussetzung für die Zulassung als Kassenarzt ist die Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit.

Die Bundesregierung appelliert an die Bundesländer, die Kapazitätsverordnungen für den Medizinstudien-

gang den Möglichkeiten einer qualifizierten Ausbildung anzupassen.

cc) Arzneimittel

Die Bundesregierung schlägt vor, durch folgende Maßnahmen den Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt zu verstärken und auf eine kostengünstigere Arzneimittelversorgung hinzuwirken:

- Die Abgabe günstiger Arzneimittel beim Apotheker wird erleichtert, indem die Ärzte verpflichtet werden, über die Zulässigkeit einer Substitution auf dem Rezeptblatt zu entscheiden.
- Die Ausezelung (Abgabe von Teilmengen) aus großen Arzneimittelpackungen wird erleichtert (Änderung der Apotheken-Betriebsordnung).
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Verbände der Arzneimittelhersteller können über Fragen der Arzneimittelversorgung (z. B. therapiegerechte Packungsgrößen, Ausgestaltung der Packungen, Transparenz über den Arzneimittelmarkt) Rahmenverträge schließen.

b) Mehr Transparenz über Leistungen und Kosten

Eine verbesserte Kenntnis aller Beteiligten über die Leistungen der GKV und ihre Kosten ist für die Bundesregierung wesentliche Voraussetzung für kostenbewußtes und wirtschaftliches Verhalten. Dazu wird vorgesehen:

- Die Versicherten erhalten einen Rechtsanspruch, sich von der Kasse über die Leistungen und Kosten unterrichten zu lassen.
- Leistungserbringer werden verpflichtet, den Krankenkassen die Abrechnungsunterlagen möglichst maschinenlesbar zu übermitteln, so daß eine arzt- und versichertenbezogene Zuordnung möglich wird.
- Für die bei Ärzten und Zahnärzten durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die auch die veranlaßten Leistungen einbeziehen, wird ein Datenträgeraustausch vorgeschrieben.

Die bestehenden Datenschutzvorschriften werden durch spezielle Regelungen ergänzt, damit trotz größerer Transparenz keine versichertenbezogenen Gesundheitsprofile erstellt werden können.

c) Den medizinischen Dienst der Krankenkassen wirksamer gestalten

Der Vertrauensärztliche Dienst wird nach Auffassung der Bundesregierung gegenwärtig der Aufgabe eines medizinischen Beratungsdienstes der Krankenkassen nicht im erforderlichen Maße gerecht. Die Bundesregierung schlägt daher eine Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes vor:

- Der Vertrauensärztliche Dienst wird von den Landesversicherungsanstalten losgelöst. Er wird von

allen Kassenarten gemeinsam auf Landesebene als eigenständiger Beratungsdienst der Krankenkassen organisiert.

- Aufgaben des neuen Medizinischen Dienstes sind die medizinische Beratung und Begutachtung bei der Gewährung von Leistungen im Einzelfall sowie die medizinische Beratung der Krankenkassen und ihrer Verbände bei Erfüllung ihrer sonstigen Aufgaben.

Hiermit wird keine „neue“ Behörde geschaffen, sondern der bereits bestehende Vertrauensärztliche Dienst, bei dem die Krankenkassen bereits heute die Personal- und Sachkosten in Höhe von 380 Mio. DM voll tragen, wird von den Krankenkassen selbst übernommen.

4. Strukturen der Krankenversicherung modernisieren

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Strukturreform im Gesundheitswesen nicht nur auf eine Neudefinition der Aufgaben der Solidargemeinschaft und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung begrenzt werden sollte. Vielmehr sollen auch die Fragen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und die Probleme des gegliederten Systems der Krankenversicherung angegangen werden. Dazu werden folgende Regelungen vorgeschlagen:

a) Unterschiede bei den Beitragssätzen abbauen

Die Bundesregierung schlägt vor, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu verbessern, auf Beitragssatzunterschiede zu reagieren. Im einzelnen ist vorgesehen:

- Innerhalb einer Kassenart sollen die Satzungen der Landesverbände auch einen zwingenden Finanzausgleich für den Fall einführen, daß der Beitragssatz einer Kasse den durchschnittlichen Beitragssatz aller Kassen dieses Landesverbandes wesentlich übersteigt.
- Freiwillige Umlagen bleiben innerhalb einer Kassenart in einem Landesverband möglich, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken.
- Auf Bundesebene wird die Möglichkeit geschaffen, einzelnen notleidenden Kassen innerhalb einer Kassenart gezielt Finanzhilfen zu geben.
- Es wird den Krankenkassen innerhalb einer Kassenart erleichtert, sich innerhalb eines Landes und länderübergreifend freiwillig zu vereinigen.

b) Wettbewerbsverzerrungen im gegliederten System abbauen

Die Bundesregierung begrüßt Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, sofern er zu einer kostengünstigen Versorgung der Versicherten beiträgt. Fairer

Wettbewerb ist nur möglich, wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen für die einzelnen Kassenarten angeglichen werden. Dazu wird vorgeschlagen, im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht die Unterschiede zwischen RVO-Krankenkassen und Ersatzkassen abzubauen.

c) Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner angleichen

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Belastungen, die sich aus der demographischen Entwicklung ergeben, von aktiv Versicherten und Rentnern gemeinsam getragen werden sollten. Sie schlägt daher vor:

- Der Beitragssatz aus der Rente wird an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen.
- Der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner wird modifiziert, indem die ausgleichsfähigen Ausgaben beschränkt werden und eine Interessenquote der Kasse an den Aufwendungen für Rentner eingeführt wird.

d) Arbeiter und Angestellte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze gleichstellen

In der Krankenversicherung sollen Arbeiter und Angestellte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze hinsichtlich der Wahlmöglichkeit beim Versicherungsschutz gleich behandelt werden:

- Die bislang nur für Angestellte bestehende Versicherungspflichtgrenze soll daher auch für Arbeiter gelten.
- Die Bundesregierung prüft Möglichkeiten, in einem späteren Gesetzesvorhaben auch Arbeiter mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze mit den Angestellten gleichzubehandeln.

e) Der Selbstverwaltung neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen

Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, im Rahmen einer zeitlich befristeten Experimentierklausel Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu erproben und neue Wege bei Prävention und Rehabilitation zu gehen.

5. Das Recht verständlicher machen

Die Strukturreform im Gesundheitswesen wird mit einer Neukodifikation des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Einbau als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch verbunden.

VI. Grundsatzpositionen der Beteiligten zu den Beschlüssen der Regierungskoalition

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat aufgrund der politischen Beschlüsse der Regierungskoalition zur Strukturreform im Gesundheitswesen den Referentenentwurf eines Gesundheitsreform-Gesetzes erarbeitet. Die beteiligten Verbände, die Bundesländer und die Kommunalen Spitzenverbände sind zu diesem Entwurf gehört worden. Insgesamt traf das Reformkonzept hierbei sowohl auf Zustimmung als auch auf Ablehnung. Die Bundesregierung bedauert, daß einige Verbände und Interessengruppen in der Öffentlichkeit bei ihrer Kritik teilweise ohne Rücksicht auf Wahrheit und politischen Anstand Angst geschürt haben, um sie als Waffe gegen die Reform einzusetzen. Der Interessenausgleich in der Demokratie nimmt hierdurch Schaden.

Die Beteiligten haben zu den Grundsätzen des Reformvorhabens wie folgt Stellung genommen:

1. Sozialpartner

a) Der *Deutsche Gewerkschaftsbund* und die *Deutsche Angestelltengewerkschaft* sehen eine Strukturreform im Gesundheitswesen als notwendig an. Sie sehen in wichtigen Bereichen positive Ansätze, halten das Reformkonzept allerdings nicht für ausgewogen, da es die Versicherten mehr als die Leistungserbringer belastet und die Arbeitgeber entlastet.

Die Einführung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter wird vom DGB abgelehnt; stattdessen wird die generelle Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze gefordert. Der DGB bedauert, daß die Reform nicht mit einer Lösung der Organisationsprobleme des gegliederten Systems der Krankenversicherung verbunden wird.

Die Einführung von Festbeträgen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wird von DGB und DAG begrüßt, sofern die Maßnahme nicht zu zusätzlicher Selbstbeteiligung der Versicherten führt. Die Erhöhung der Zuzahlungen bei Zahnersatz und Fahrtkosten, der Wegfall des Sterbegeldes sowie die Ausgrenzung von Leistungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden abgelehnt.

Daß die Reform mit einer besseren sozialen Absicherung des Pflegefallrisikos verbunden wird, wird grundsätzlich begrüßt; DGB und DAG treten aber für ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz ein. Die vorgesehenen Leistungsverbesserungen zur Prävention werden begrüßt.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Intensivierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und zur Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes als Medizinischer Dienst der Krankenversicherung werden begrüßt. Die Regelungen zur Verbesserung der Transparenz werden begrüßt; Forderungen des DGB gehen allerdings darüber hinaus. Die vorgesehene Verbesserung der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird begrüßt.

b) Die *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* unterstreicht die Notwendigkeit einer Reform, gerade auch um die Personalzusatzkosten zu senken. Die im Reformkonzept angelegte Begrenzung der Leistungen auf das medizinisch Notwendige sowie die Verbesserung der Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten bei den Leistungserbringern werden daher im Grundsatz begrüßt. Die vorgesehenen Maßnahmen seien hierzu allerdings nicht ausreichend. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang kritisiert, daß

- ein erheblicher Teil der erzielbaren Einsparungen für neue Leistungen, insbesondere für die Pflege, verwendet wird,
- daß das Instrument der Selbstbeteiligung nicht stärker eingesetzt werde,
- zwar mehr Transparenz erstrebt wird, hierbei jedoch kein genereller Übergang zum Kostenersatzungsprinzip vorgesehen sei,
- die pharmazeutische Industrie übermäßig belastet werde, während auf der anderen Seite der Bereich der Krankenhausversorgung nur unzureichend in das Reformkonzept eingebunden sei.

Bemängelt wird von der BDA, daß die Reform nicht mit einer umfassenden Lösung der Strukturprobleme des gegliederten Systems der Krankenversicherung verbunden wird. Die nach dem Reformgesetz vorgesehene Ausweitung von Finanzausgleichselementen wird abgelehnt, da dies bei den Krankenkassen Anreize zur Wirtschaftlichkeit mindere. Die isolierte Einführung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter halten die Arbeitgeber für unzweckmäßig. Die Angleichung von Wettbewerbsbedingungen zwischen RVO- und Ersatzkassen wird begrüßt, allerdings für unvollständig gehalten.

Die vorgesehene Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes als Medizinischer Dienst der Krankenversicherung wird begrüßt.

2. Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen vom Grundsatz her das Reformvorhaben und sein Ziel, Beitragssatzstabilität und mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Generell wird kritisiert, daß der Gesetzentwurf die Befugnisse der Selbstverwaltung nicht ausbaue, sondern einschränke.

Beim *versicherten Personenkreis* wird die Einführung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter als Entsolidarisierung kritisiert, die Erschwerung des freiwilligen Beitritts im Prinzip begrüßt.

Im *Leistungsrecht* wird die Einführung von Festbeträgen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nachhaltig unterstützt. Die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlung beim Zahnersatz sowie der Wegfall des Sterbegeldes werden abgelehnt. Die Verbesserung der Leistungen bei häuslicher Pflege wird abgelehnt und die Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen.

Das Reformvorhaben biete im *Vertragsrecht* keine ausreichenden Instrumente zur Steuerung gegen Überkapazitäten bei den Leistungserbringern. Die Kassen fordern das Recht, wirtschaftliche Leistungserbringer auswählen zu können. Insbesondere die Regelungen im Krankenhausbereich werden als unzureichend betrachtet.

Wegen einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit des *gegliederten Systems* der Krankenversicherung bestehen unter den GKV-Spitzenverbänden unterschiedliche Auffassungen.

Die vorgesehene Stärkung der Leistungsfähigkeit des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes als *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung* wird begrüßt.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der *Transparenz* über Kosten und Leistungen werden als notwendig, aber nicht als ausreichend angesehen.

3. Organisationen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen

a) Die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* und die *Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung* unterstützen das Ziel der Reform, die Leistungen der Krankenversicherung auf das Notwendige zu begrenzen und so die Finanzierbarkeit der GKV zu erhalten. Die Vorgabe von *Beitragsstabilität* für die Verträge mit Leistungserbringern wird jedoch abgelehnt. Auch wird bezweifelt, daß durch die geplanten Maßnahmen Beitragsstabilität gesichert werden könne: Denn das Problem der finanziellen Belastung durch die demographische Entwicklung (Krankenversicherung der Rentner) werde nicht gelöst, Fremdleistungen würden auch nach der Reform nicht aus Steuermitteln finanziert und durch die Einführung von Pflegeleistungen würden die Weichen in Richtung weiterer Ausgabenexpansion gestellt.

Auch im übrigen werden gegen die von der Regierungskoalition vereinbarten und im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen erhebliche grundsätzliche Bedenken geltend gemacht.

Insbesondere wird eine Gefährdung des freiberuflichen Status des Kassenarztes bzw. des Kassenzahnarztes und der Freiheit der medizinischen Entscheidung durch „übermäßige Reglementierung“, „Zentralismus“ und „Bürokratisierung“ befürchtet. In diesem Zusammenhang werden insbesondere der Ausbau der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die verbesserte Transparenz des Abrechnungswesens und die Umwandlung des Vertrauensärztlichen Dienstes in einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung abgelehnt.

Im *Leistungsrecht* spricht sich die KBV insbesondere gegen die vorgesehene Orientierung der Krankenhauseinweisungen an einer Preisvergleichsliste, sowie gegen den Auftrag an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen aus, Arzneimittel mit umstrittenem oder zweifelhaftem Nutzen von der Versorgung auszuschließen. Die KZBV lehnt insbesondere die vorgesehene Neuge-

staltung der Leistungen der Krankenkassen für Zahnersatz und den Übergang zur Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung ab.

Kritisiert wird, daß der Bereich der Krankenhausversorgung nur unzureichend in das Reformkonzept eingebunden sei. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt in diesem Zusammenhang die beabsichtigte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie die Neuregelung der Beziehungen zu psychiatrischen Institutsambulanzen und zu sozialpädiatrischen Zentren ab.

b) Die Positionen der Freien Verbände der Ärzte und Zahnärzte entsprechen im wesentlichen den Stellungnahmen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung.

c) Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (DKG) bejaht die Notwendigkeit einer umfassenden Strukturreform im Gesundheitswesen. Sie begrüßt insbesondere

- die Verbesserung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und die finanzielle Förderung der Umwidmung von Krankenhausbetten in Pflegeeinrichtungen,
- die vorgesehene bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch Ermöglichung begrenzter vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung,
- die Verbesserung der Rahmenbedingungen für qualitätssichernde Maßnahmen in der medizinischen Versorgung.

Abgelehnt werden von der DKG insbesondere

- die Verlagerung von Kompetenzen im Krankenhausbereich auf die Verbände,
- die Einführung einer Preisvergleichsliste für Krankenhäuser und die Befristung der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkassen,
- die Vorgabe von Beitragsstabilität auch für die Erbringung von Krankenhausleistungen.

d) Die *Verbände der übrigen Leistungserbringer* betonen insgesamt die Notwendigkeit einer Reform, erheben jedoch grundlegende Einwände. Von allen Verbänden wird die Einführung von Leistungen bei häuslicher Pflege abgelehnt. Der Entwurf wird als zu bürokratisch und zentralistisch eingeschätzt.

Der *Bundesverband der pharmazeutischen Industrie* und die *Apothekerverbände* lehnen insbesondere die vorgesehene Einführung von Festbeträgen bei Arzneimitteln ab. Auch der Auftrag an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, unwirtschaftliche Arzneimittel von der Versorgung auszugrenzen und die Verbesserung der Transparenz über die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln werden abgelehnt.

Die *Verbände der Erbringer von Heil- und Hilfsmitteln* kritisieren die vorgesehene Einführung von

Festbeträgen für diesen Bereich und die vorgesehene Ermächtigung, durch Verordnung unwirtschaftliche Heil- und Hilfsmittel aus der Versorgung auszugrenzen. Der *Verband der Zahntechniker-Innungen* kritisiert insbesondere die erhöhten Zuzahlungen beim Zahnersatz.

4. Bundesländer

Die Bundesländer teilen die Auffassung der Bundesregierung, daß eine Reform des Gesundheitswesens notwendig ist, auch um eine finanzielle Stabilisierung in der Krankenversicherung dauerhaft zu erreichen.

Begrüßt wird von den Bundesländern insbesondere die Bemühung zur solidarischen Neuabgrenzung der Leistungen der Krankenversicherung. In diesem Zusammenhang wird insbesondere der Ausbau der Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation unterstützt. Einige Bundesländer kritisierten allerdings, daß das Reformvorhaben unausgewogen sei, da einer Belastung der Versicherten durch Begrenzung und Ausgrenzung von Leistungen nur unzureichende Belastungen der Leistungserbringer entgegenstünden.

Einige Bundesländer begrüßen die Einführung von Leistungen der häuslichen Pflege für Schwerpflegebedürftige. Andere Bundesländer fordern hingegen, Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines aus Steuermitteln finanzierten Leistungsgesetzes, das auch Leistungen bei stationärer Pflege vorsieht, abzusichern.

Die Bundesländer begrüßen die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz sowie die vorgesehene Neuordnung des Vertrauensärztlichen Dienstes.

Kritisiert wird von den Bundesländern insbesondere,

- daß die Strukturreform nicht mit einer umfassenden Lösung der Organisationsprobleme der gegliederten Krankenversicherung verbunden wird; in diesem Zusammenhang fordern die Bundesländer insbesondere eine stärkere Ausrichtung der Gliederung und der Vertragsbeziehungen am Grundsatz der Regionalität;
- daß die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu mehr Zentralisierung und Bürokratisierung führten, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gefährdeten und in die Planungshoheit der Länder eingriffen;
- daß das Regierungskonzept nicht mit einer Reform der Psychiatrie und ihrer Finanzierung verbunden wird;
- daß die vorgesehenen Leistungsbegrenzungen eventuell zu Mehrbelastungen der Sozialhilfeträger führen könnten.

5. Kommunale Spitzenverbände

Die *Kommunalen Spitzenverbände* unterstützen die Bundesregierung in ihrer Absicht, die Beitragssätze in der Krankenversicherung dauerhaft zu stabilisieren. Sie begrüßen Maßnahmen, die die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten stärken. In diesem Zusammenhang wird der Ausbau der Leistungen der Krankenversicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Früherkennung unterstützt. Die vorgesehenen *Leistungen der häuslichen Pflege* werden nachhaltig unterstützt; kritisiert wird, daß die Bundesregierung nicht auch ein die stationäre Pflege einbeziehendes Gesamtkonzept zur Lösung der Pflegefallproblematik vorgelegt habe.

Nach Auffassung der *Kommunalen Spitzenverbände* werden die vorgesehenen Neuregelungen zum versicherten Personenkreis und die vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung und Ausgrenzung von Leistungen zum Teil zu *Mehrbelastungen der Sozialhilfeträger* führen. Dies lehnen die *Kommunalen Spitzenverbände* ab. Für unzureichend halten die *Kommunalen Spitzenverbände* auch die Abstimmung zwischen den Härtefallregelungen bei Zuzahlungen und der Einkommensgrenze für die Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Die *Kommunalen Spitzenverbände* halten die vorgesehenen Änderungen im Bereich der *Krankenhausversorgung* für verfrüht, da noch keine ausreichenden Erfahrungen mit dem Instrumentarium der Krankenhausneuordnung von 1984/1985 vorlägen. Sie lehnen eine starre Anbindung der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen ab. Die vorgesehenen Neuregelungen der Vertragsbeziehungen bei der Krankenhausversorgung lehnen die *Kommunalen Spitzenverbände* als Eingriff in die Autonomie kommunaler Krankenhausträger ab. Sie unterstützen die Regelungen zur besseren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Die *Kommunalen Spitzenverbände* bedauern, daß das Reformkonzept die Strukturreform im Gesundheitswesen nicht mit einer umfassenden Lösung der Probleme der *Gliederung der Krankenversicherung* verbindet.

6. Kirchen und Wohlfahrtsverbände

- a) Die *Kirchen* anerkennen die Notwendigkeit, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu begrenzen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird daher akzeptiert. Die *Kirchen* sehen allerdings die Gefahr, daß durch die vorgesehenen Leistungsbegrenzungen Mehrbelastungen für die Versicherten entstehen, die die Beitragssenkungen für die Versicherten aufzehren und möglicherweise zu Belastungen der Sozialhilfeträger führen. Auch wird darauf hingewiesen, daß Beitragssatzstabilität keine Vorgabe für die freigemeinnützigen Einrichtungen sein dürfe, da es deren Trägern nicht zumutbar sei, die auch bei wirtschaftlicher

Leistungserbringung entstehenden Kosten teilweise selber zu tragen.

Die Kirchen begrüßen die vorgesehenen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit; sie halten es allerdings für unbefriedigend, daß Leistungen der GKV für Pflegebedürftige bei stationärer Pflege nicht vorgesehen sind.

Die Katholische Kirche bedauert, daß auch nach der Reform Leistungen bei nichtrechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch vorgesehen sind.

Den im Reformkonzept vorgesehenen Einbezug der Krankenhäuser in die Strukturreform lehnen die Kirchen als schwerwiegenden Eingriff in die Gestaltungsmöglichkeiten kirchlicher Krankenhäuser und die verfassungsrechtlich verbürgte Autonomie der Kirchen ab; zugleich werden Gefahren für die Humanität im Krankenhaus gesehen.

- b) Die *Wohlfahrtsverbände* vertreten übereinstimmend die Auffassung, daß das vorgelegte Reformkonzept nicht zu der beabsichtigten dauerhaften finanziellen Stabilisierung in der GKV führen werde. Die ungenügende Einbeziehung der pharmazeutischen Industrie wird kritisiert.

Wohlfahrtsverbände, die keine Krankenhäuser unterhalten, kritisieren die ungenügende Einbeziehung der *Krankenhäuser* in das Reformkonzept; soweit Wohlfahrtsverbände auch Träger von Krankenhäusern sind, wird allerdings auf die vorgesehenen Regelungen hingewiesen.

Die vorgesehenen *Begrenzungen der Leistungen* durch die Einführung von Festbeträgen und durch Ausgrenzungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden ebenso wie die Erhöhung der Zuzahlungen bei Zahnersatz und bei den Fahrtkosten abgelehnt. Auf mögliche Mehrbelastungen der Sozialhilfeträger wird hingewiesen.

Unterstützt wird von den Wohlfahrtsverbänden der vorgesehene Ausbau von Leistungen der *Gesundheitsvorsorge*. Die vorgesehenen Regelungen zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung werden begrüßt.

Die vorgesehenen *Leistungen der häuslichen Pflege* werden begrüßt, aber für unzureichend gehalten. Gefordert wird die Ausweitung auf die Pflege in Pflegeheimen und die Ausweitung des berechtigten Personenkreises über die Schwerpflegebedürftigen hinaus.

VII. Ausblick: Reformbedarf nach der Strukturreform

Mit der Strukturreform im Gesundheitswesen werden die notwendigen Voraussetzungen dafür geschaffen, daß die gesetzliche Krankenversicherung auch künftig ihren Versicherten zu vertretbaren Beitragssätzen eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung gewährleisten kann. Allerdings kann die Strukturreform nicht alle Probleme des Gesundheitswesens in einem Schritt lösen. Dies ist teilweise auch in der nur be-

grenzten Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen begründet.

Die Bundesregierung hält insbesondere in folgenden Bereichen eine Fortsetzung der Reformbemühungen des Gesundheitswesens für erforderlich:

– *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit*: Die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Maßnahmen stellen den Beitrag der Krankenversicherung für den Bereich der häuslichen Pflege dar. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß weitere Schritte im Sinne einer umfassenden Lösung, insbesondere auch eine bessere Absicherung im Bereich der stationären Pflege, von anderen Beteiligten, insbesondere den Bundesländern, eingeleitet werden sollten. Die Bundesregierung verweist insbesondere auch auf ihren Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit vom 5. September 1984 (BT-Drucksache 10/1993).

– *Steigende Zahl der Leistungserbringer*: Die von der Bundesregierung vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit auf Seiten der Leistungserbringer begrenzen die aus der steigenden Zahl der Gesundheitsberufe erwachsenden Gefahren für Qualität und Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung. Notwendig ist allerdings ebenfalls, die Ausbildungskapazität in den medizinischen Berufen an den Bedarf anzupassen. Hierzu sind die für den Erlaß zuständigen Bundesländer aufgerufen.

Bei steigenden Arztzahlen stellt sich längerfristig auch die Frage, ob die heutigen Regelungen der kassenärztlichen Bedarfsplanung ausreichen. Zulassungssperren für junge Ärzte, etwa durch Einführung von Verhältniszahlen sowie die Einführung einer Altersgrenze für Kassenärzte, kommen für die Bundesregierung allerdings nur in Betracht, wenn alle anderen Steuerungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und sich als nicht ausreichend erwiesen haben.

– *Organisations- und Strukturprobleme der gegliederten Krankenversicherung*: Die weitere Veränderung der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. der Rückgang des Anteils der Arbeiter an der Erwerbsbevölkerung) wird Auswirkungen auf die Gliederung der Krankenversicherung haben. Hierauf wird auch der Gesetzgeber reagieren müssen. Mit diesem Reformvorhaben ist ein wichtiger Anfang gemacht: Arbeiter und Angestellte mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze werden gleichbehandelt. Für RVO- und Ersatzkassen werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen. Auch werden die Möglichkeiten der Selbstverwaltung verbessert, auf Beitragssatzunterschiede zu reagieren.

Allerdings bleibt weiterer Handlungsbedarf, insbesondere wegen der unterschiedlichen Risikostrukturen, die sich bei regional gegliederten Kassen nachhaltig auswirken und zu höchst unterschiedlichen Beitragssätzen führen. Die unterschiedlichen Beitragssätze gewinnen vor dem Hintergrund, daß den versicherungspflichtigen Arbeitern bisher nicht generell ein Wahlrecht zu einer

Ersatzkasse zusteht, besondere Bedeutung und verlangen eine baldige Abhilfe.

- *Fremdleistungen*: Die gesetzliche Krankenversicherung nimmt einige Aufgaben wahr, die in der Reformdiskussion von verschiedenen Beteiligten als Aufgaben gesamtgesellschaftlicher Natur beurteilt werden. Die Bundesregierung hat diese Argumente sorgfältig geprüft. Sie sieht gegenwärtig jedoch keine Möglichkeit, daß die öffentliche Hand den Krankenkassen Aufwendungen für die als „versicherungsfremd“ bezeichneten Leistungen erstattet.

B. Besonderer Teil

I. Zum Ersten Teil – Ergänzung und Änderung des Sozialgesetzbuchs

Zu Artikel 1 – Sozialgesetzbuch (SGB). Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung

Zum Ersten Kapitel – Allgemeine Vorschriften

Allgemeines

Das Kapitel enthält allgemeine Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Sie stellen die Grundprinzipien dieses Versicherungszweiges dar, die das Wesen der sozialen Krankenversicherung bestimmen. Die Vorschriften dieses Kapitels haben zwar Einweisungscharakter; sie sind aber für die Auslegung und Anwendung des Krankenversicherungsrechts heranzuziehen.

Die §§ 1 bis 4 enthalten die Grundsätze der Eigenverantwortung und Solidarität, der Subsidiarität, der Selbstverwaltung und der Gliederung der GKV. Sie stellen allgemeine Regelungen über die Art und Weise der Leistungserbringung und der Finanzierung auf. Außerdem verpflichten sie die Krankenkassen zur Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Einrichtungen und zu einer sparsamen Betriebsführung.

Zu den Einzelvorschriften

Zu § 1 – Solidarität und Eigenverantwortung

Die Vorschrift hat Signalcharakter für die Zielvorstellungen der Strukturreform; sie enthält die Grundsätze über die Eigenverantwortung des Versicherten und die solidarischen Aufgaben der Krankenkasse bei der Erhaltung seiner Gesundheit. Jeder Versicherte ist für die Erhaltung seiner Gesundheit soweit verantwortlich, wie er darauf Einfluß nehmen kann. Die Krankenkasse hat ihn dabei durch rechtzeitigen Einsatz der Leistungen und Maßnahmen nach diesem Buch zu unterstützen. Solidarität und Eigenverantwortung sind keine Gegensätze, sie sind tragende Prinzipien der GKV, sie gehören zusammen. Erforderlich ist

heute eine neue Balance zwischen diesen Prinzipien. Ohne Solidarität wird Eigenverantwortung egoistisch, ohne Eigenverantwortung wird Solidarität anonym und mißbrauchbar.

Darüber hinaus hat die Krankenkasse die Aufgabe, auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Diese Verantwortung erwächst ihr auch aus der Tatsache, daß über 90 % der Wohnbevölkerung in der GKV geschützt sind. Hierbei kommen Fragen der Umweltbelastung ebenso in Betracht wie ungünstige Wohn- und Arbeitsverhältnisse.

Die Vorschrift – wie überhaupt das Fünfte Buch – sieht davon ab, die Begriffe Gesundheit oder Krankheit zu definieren. So ist nicht beabsichtigt, den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation („Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“) zu übernehmen. Vielmehr soll die Klärung dieser Begriffe wie bisher der Rechtsprechung und Praxis überlassen bleiben.

Zu § 2 – Leistungen

Die Vorschrift enthält die Grundsätze über den Inhalt der Leistungen und die Art ihrer Erbringung.

Zu Absatz 1

Absatz 1 macht die Aufgabenstellung der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich. Der Hinweis auf die Eigenverantwortung bedeutet nicht eine über das geltende Recht hinausgehende generelle Einschränkung der Leistungen oder eine Ermächtigung der Krankenkassen dazu. Er bringt vielmehr zum Ausdruck, daß die GKV nicht für alle Leistungen, die der Gesundheit dienen, als Kostenträger in Frage kommt. Ausdrücklich wird betont, daß ihre Leistungen einem bestimmten Qualitätsstandard entsprechen und wirksam sein müssen. Der „allgemein anerkannte Stand der medizinischen Kenntnisse“ schließt Leistungen aus, die mit wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden erbracht werden. Neue Verfahren, die nicht ausreichend erprobt sind, oder Außenseitermethoden (paramedizinische Verfahren), die zwar bekannt sind, aber sich nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der Krankenkasse aus. Es ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, die medizinische Forschung zu finanzieren. Dies gilt auch dann, wenn neue Methoden im Einzelfall zu einer Heilung der Krankheit oder Linderung der Krankheitsbeschwerden führen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt das Sachleistungsprinzip als Leistungsmaxime der gesetzlichen Krankenversicherung fest. In den meisten Fällen erfüllen die Krankenkassen ihre Leistungsverschaffungspflicht durch entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern. Sie sind dazu aber nicht verpflichtet, sondern können, soweit dies gesetzlich zugelassen ist (vgl. z. B. § 20 Abs. 2 oder § 149), Leistungen auch selbst erbringen. Die Unter-

nehmen der pharmazeutischen Industrie zählen nicht zu den Leistungserbringern in diesem Sinne.

Zu Absatz 3

Wenn die Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge schließen, haben sie die Pluralität der Angebotsstruktur zu beachten, weil nur dadurch die Wahlfreiheit des Versicherten gesichert erscheint. Die Wahlfreiheit ist für ein Vertrauensverhältnis zum Leistungserbringer zwingend erforderlich und steht in enger Beziehung zu § 33 SGB I. Ein wichtiger Bestandteil der Wahlfreiheit sind die religiösen Bedürfnisse des Versicherten, denen bei der Auswahl der Leistungserbringer und der Leistungserbringung selbst (z. B. bei Krankenhausbehandlung, Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, bei häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe und häuslicher Pflegehilfe) Rechnung zu tragen ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 verpflichtet alle Beteiligten, die Leistungen sparsam und wirtschaftlich zu erbringen und nur in notwendigem Umfang in Anspruch zu nehmen.

Zu § 3 – Solidarische Finanzierung

Die Vorschrift konkretisiert das die gesetzliche Krankenversicherung beherrschende Solidaritätsprinzip; sie beschreibt, wie die Leistungen finanziert werden und wer Beiträge entrichtet. Neben Versicherten und Arbeitgebern zahlen insbesondere auch die Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit Beiträge; der Bund beteiligt sich an der Finanzierung des Mutterschaftsgeldes und der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner in der Landwirtschaft. Diese Finanzierungsbeiträge Dritter verändern aber nicht den Charakter der solidarischen Finanzierung der GKV.

Die Beiträge der GKV richten sich nicht wie in der privaten Krankenversicherung nach dem Individualrisiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds. Dies kann im Hinblick auf die wachsende Bedeutung von Teilzeit-Arbeitsverhältnissen, die jeweils vollen Versicherungsschutz zu relativ niedrigen Beiträgen auslösen, künftig zu Problemen führen. Auch die zu beobachtende Entwicklung zu mehr Freizeit und geringeren Entgeltzuwächsen bei unverändert vollem Leistungsanspruch in der GKV kann die Beitragssatzstabilität auf Dauer gefährden.

Es bleibt dabei, daß Angehörige des Mitglieds, die durch ihn familienversichert sind, keine eigenen Beiträge zahlen. Problematisch erscheint dies insbesondere bei nicht erwerbstätigen Ehegatten, die keine Kinder erziehen und betreuen.

Zu § 4 – Krankenkassen

Zu Absatz 1 und 2

Die Vorschrift beschreibt die organisatorischen Grundstrukturen des gegliederten Systems der GKV mit seiner historisch gewachsenen Gliederung in sieben Kassenarten. Diese Gliederung wird aufrechterhalten. Die Reform erteilt einer Einheitskrankenversicherung und einem staatlichen Gesundheitsdienst eine Absage und bekräftigt das Gestaltungsprinzip der Selbstverwaltung.

Zu Absatz 3

Die Funktionsfähigkeit des gegliederten Systems verlangt eine intensive Zusammenarbeit der verschiedenen Kassenarten auf der Orts-, Landes- und Bundesebene. Das gilt in erster Linie für die Zusammenarbeit der Kassen und Kassenarten untereinander, aber selbstverständlich auch für das möglichst einheitliche und geschlossene Auftreten nach außen, vor allem den Anbietern gegenüber. Die Pflicht zur Zusammenarbeit erstreckt sich auch auf die übrigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. auf andere Sozialleistungsträger und den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zu Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen zu einer sparsamen Betriebs- und Haushaltsführung, z. B. bei der Errichtung und Ausstattung von Dienstgebäuden, bei Veranstaltungen oder bei der Öffentlichkeitsarbeit. Im Laufe des weiteren Gesetzgebungsvorhabens soll geprüft werden, wie die Überprüfung einer sparsamen Betriebs- und Haushaltsführung verbessert und die Prüfdienste der Krankenkassen insgesamt neu gestaltet werden können.

Zum Zweiten Kapitel – Versicherter Personenkreis

Allgemeines

Das Kapitel regelt, welche Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die entsprechenden Regelungen der bisherigen §§ 165 bis 178 RVO sind überarbeitet, neu geordnet und zum Teil geändert worden.

Der *Erste Abschnitt* regelt die Versicherungspflicht. Neu sind die Einführung einer Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und die Einschränkungen bei der Versicherungspflicht der Studenten. Die Versicherungspflicht der Rentner wird durch Umgestaltung der Halbdeckung sachgerechter geregelt. Die Versicherungspflicht bestimmter Gruppen von Selbständigen entfällt. Der Kreis der versicherungsfreien Personen wird genauer festgelegt.

Der *Zweite Abschnitt* regelt die freiwillige Versicherung. Die Voraussetzungen für die Fortsetzung der

Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht werden enger gefaßt, um für die Solidargemeinschaft unzumutbare Belastungen zu vermeiden. Das Beitrittsrecht für Rentner, Beamte und selbständige Gewerbetreibende entfällt.

Der *Dritte Abschnitt* ist neu. Er regelt den Schutz der Familienangehörigen von Kassenmitgliedern und macht sie zu Versicherten mit eigenen Rechten und Pflichten. Die Vorschriften über die Familienhilfe als Leistung (§§ 205 bis 205b RVO) entfallen deshalb.

Zum Ersten Abschnitt – Versicherung kraft Gesetzes

Zu § 5 – Versicherungspflicht

Zu Absatz 1 und 2

Der kraft Gesetzes versicherte Personenkreis bleibt weitgehend unverändert. Nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen Versicherte werden in den nach diesem Gesetzbuch in der Krankenversicherung versicherten Personenkreis einbezogen.

Selbständige, die als Hausgewerbetreibende, Lehrer, Hebammen oder Krankenpfleger tätig sind, werden nicht mehr der Versicherungspflicht unterstellt. Sie können wie andere Selbständige in eigener Verantwortung entsprechende Vorsorge treffen. Durch freiwilligen Beitritt bis zum 31. März 1989 können sie ihren Versicherungsschutz beibehalten (s. Artikel 54 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2).

Alle Versicherungspflichtigen werden in Absatz 1 genannt. Es sind auch diejenigen aufgeführt, für die sich die Einzelregelungen in anderen Gesetzen befinden. Eine unterschiedliche Behandlung von Arbeitern und Angestellten entfällt, weil sie nicht mehr sachgerecht ist.

Die Versicherungspflicht der Studenten (Absatz 1 Nr. 9) wird, um Mißbräuche zu vermeiden, auf eine Höchstdauer der Fachstudienzeit und auf ein Höchstalter begrenzt. Damit soll auch der Tendenz, das Hochschulstudium zu verlängern, entgegengewirkt werden. Die Ausnahmeregelung im 2. Halbsatz ist eng auszulegen. Persönliche oder familiäre Gründe sind z. B. Erkrankung, Behinderung, Schwangerschaft, Nichtzulassung zur gewählten Ausbildung im Auswahlverfahren, Eingehen einer insgesamt mindestens achtjährigen Dienstverpflichtung als Soldat oder Polizeivollzugsbeamter im Bundesgrenzschutz auf Zeit bei einem Dienstbeginn vor Vollendung des 22. Lebensjahres, Betreuung von behinderten oder aus anderen Gründen auf Hilfe angewiesenen Kindern.

Abweichend von § 3 SGB IV werden Studenten auch dann versichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Sie unterliegen nur dann nicht der Versicherungspflicht, wenn für sie aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen besteht. Für einen Studenten, der aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen bei

Krankheit hat, besteht nämlich kein Bedürfnis, diesen wegen des Studiums versicherungspflichtig werden zu lassen. Dabei ist es unbeachtlich, ob der Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit gegenüber einem Träger eines anderen Staates auf eigener Versicherung beruht, z. B. wegen Bezugs einer Waisenrente, oder von der Versicherung einer anderen Person (Familienhilfeanspruch) abgeleitet ist.

Die Neuregelungen zur Versicherungspflicht der Studenten sollen aus praktischen Gesichtspunkten zum Beginn des neuen Semesters (1. April 1989) in Kraft treten.

Klargestellt wird, daß zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die weder Arbeitsentgelt noch eine Ausbildungsvergütung erhalten, der Versicherungspflicht unterliegen und so behandelt werden wie Praktikanten (siehe Abs. 1 Nr. 10 und § 245). Erhalten zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte eine Vergütung, richtet sich ihre Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 1.

Rentner sind grundsätzlich nur dann versichert, wenn sie mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens der GKV angehört haben oder als Familienangehörige eines Kassenmitglieds nach § 10 versichert waren (Absatz 1 Nr. 11). Durch Absatz 2 werden bestimmte Zeiten gleichgestellt. Die Neuregelung betont den Gedanken der Solidarität stärker als das geltende Recht. Es soll vermieden werden, die Versichertengemeinschaft mit Krankheitskosten von Personen zu belasten, die während der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens der GKV nicht längere Zeit angehört haben. Wer die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht erfüllt, aber vor Stellung des Rentenanspruchs der GKV angehört hat, kann den Versicherungsschutz im Rahmen des Beitrittsrechts (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 oder 2) fortführen. Die Übergangsregelung befindet sich in Art. 53 Abs. 1 und 2.

Zu Absatz 3 bis 9

Die Absätze 3, 4 und 6 bis 9 entsprechen Regelungen des geltenden Rechts. Durch die vom geltenden Recht abweichende Vorrangregelung in Absatz 6 Satz 2 soll eine Gleichbehandlung aller in Werkstätten für Behinderte Tätigen erreicht werden.

Absatz 5 schreibt vor, daß Personen, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 auch dann nicht erfaßt werden, wenn sie deren Voraussetzungen erfüllen. Dadurch wird z. B. vermieden, daß ein versicherungsfreier Selbständiger durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung versicherungspflichtig wird und damit den umfassenden Schutz der GKV erhält. Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Die Regelung des Absatz 5 gilt nicht für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz, Landwirte, Künstler und Publizisten. Sie sind nach

den für diese Personen geltenden Sondervorschriften versicherungspflichtig.

Zu § 6 – Versicherungsfreiheit

Zu Absatz 1 und 2

Die nur für Angestellte bestehende Versicherungspflichtgrenze wird aus Gründen der Gleichbehandlung auch für Arbeiter eingeführt. Im übrigen wird das geltende Recht grundsätzlich übernommen. In Nummer 2 werden als Arbeitgeber auch die „Spitzenverbände“ aufgenommen, damit für die dort Beschäftigten auch dann dieselben Regelungen gelten, wenn der Spitzenverband keine öffentlich-rechtliche Körperschaft ist.

Die Versicherungsfreiheit der Beamten und ähnlicher Personen (Absatz 1 Nr. 2 und 5) stellt nicht mehr auf die Anwartschaft auf Ruhegehalt, sondern auf die Absicherung bei Krankheit ab, weil dies sachgerechter ist. Die Versicherungsfreiheit dieser Personen soll auch während ihres Ruhestandes bestehen bleiben und einen nicht gerechtfertigten Wechsel zur GKV vermeiden (Absatz 1 Nr. 6).

In Nummer 7 wird die Versicherungsfreiheit der Mitglieder geistlicher Genossenschaften davon abhängig gemacht, daß sie „satzungsmäßige“ Mitglieder sind. Dadurch soll erreicht werden, daß z. B. Postulanten und Novizen nicht versicherungsfrei sind und für sie der Versicherungsschutz gewährleistet ist.

Neu ist Absatz 2. Danach soll sich die Versicherungsfreiheit auch auf weitere Sachverhalte auswirken, die sonst zur Versicherungspflicht führen würden, wenn sie bei derselben Person zusammentreffen. Dies verhindert Mißbräuche und die ungewollte Einbeziehung grundsätzlich nicht schutzbedürftiger Personengruppen in die GKV. Dadurch wird z. B. vermieden, daß ein versicherungspflichtiger Nebenbeschäftigter oder eine Beamtin durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente versicherungspflichtig wird. Ausgenommen von dieser absoluten Versicherungsfreiheit sind gegen Entgelt beschäftigte Studenten, weil sich ihre Versicherungsfreiheit nur auf die während des Studiums ausgeübte Beschäftigung erstrecken soll.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt die Regelung des geltenden Rechts (§ 165 Abs. 5 RVO).

Zu Absatz 4

Absatz 4 übernimmt die für die Bundesknappschaft bestehende Sonderregelung (§ 16 Abs. 1 RKG) und erweitert sie unter Berücksichtigung der versicherungsrechtlichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten (Absatz 1 Nr. 1) auf den Personenkreis der Beschäftigten.

Zu § 7 – Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

Die Vorschrift übernimmt das geltende Recht (§ 168 RVO) und paßt es redaktionell dem neuen Recht an.

Zu § 8 – Befreiung von der Versicherungspflicht

Die in den §§ 173 a bis 173 f RVO und § 7 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen enthaltenen Regelungen werden inhaltlich übernommen und zusammengefaßt.

Neu aufgenommen wird ein Befreiungsrecht für Ärzte, die aufgrund der Beschäftigung als „Arzt im Praktikum“ versicherungspflichtig sind.

Die geltende Regelung, daß die Befreiung den – auch nur vorübergehenden – Abschluß einer privaten Krankenversicherung voraussetzt, die der Art nach den Leistungen der Krankenhilfe entspricht, wird nicht übernommen.

Die Frist zur Stellung des Befreiungsantrags wird einheitlich auf drei Monate festgesetzt.

Zum Zweiten Abschnitt

– Versicherungsberechtigung

Zu § 9 – Freiwillige Versicherung

Zu Absatz 1

Ein Recht zur freiwilligen Versicherung erhalten grundsätzlich nur solche Personen, bei denen die Voraussetzungen für die Zugehörigkeit zur GKV (Versicherungspflicht, Familienversicherung als Angehöriger eines Kassenmitglieds) weggefallen sind oder die als Berufsanfänger wegen der Höhe ihres Arbeitsverdienstes von der Versicherungspflicht nicht erfaßt werden. Dabei muß es sich, wie das Wort „Mitglied“ in Nr. 1 zeigt, um eine Person handeln, die aus einer Krankenkasse im Geltungsbereich des Gesetzbuchs ausgeschieden ist. Das Ausscheiden aus einem ausländischen Versicherungsträger löst die Rechtsfolge des Abs. 1 Nr. 1 nicht aus. Versicherungszeiten aufgrund eines Rentenanspruchs bleiben als Versicherungszeiten unberücksichtigt, weil sonst durch einen unbegründeten Rentenanspruch der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht würde. Soweit das geltende Recht auch für andere Personen (s. § 176 Abs. 1 RVO) ein Beitrittsrecht vorsieht, wird es nicht übernommen, weil es im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip nicht gerechtfertigt ist, von der Versicherungspflicht nicht erfaßten Personen den Beitritt zu einem Zeitpunkt zu ermöglichen, der ihnen günstig erscheint, und dann die Solidargemeinschaft eintreten zu lassen.

Rentner, die nicht versicherungspflichtig sind, können wie alle anderen Personen nur dann freiwillig der GKV beitreten, wenn sie ihr vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eine bestimmte Zeit angehört haben (Absatz 1 Nr. 1). Die Regelung schließt Mißbräuche weitgehend aus. Durch ein generelles Beitritts-

recht der Rentner, wie es das geltende Recht kennt, würden die einschränkenden Regelungen der Versicherungspflicht für diesen Personenkreis wirkungslos.

Die in den §§ 176, 176b, 176c und 313 RVO enthaltenen Regelungen über die freiwillige Versicherung werden in einer Vorschrift zusammengefaßt. Zum Schutz der Versichertengemeinschaft werden die zeitlichen Voraussetzungen zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (Absatz 1 Nr. 1) verschärft.

Wenn wegen einer Beschäftigung im Ausland die Versicherung endet, soll bei Rückkehr die Fortsetzung der Versicherung ermöglicht werden, wenn auf Grund der dann ausgeübten Beschäftigung keine Versicherungspflicht besteht. Zum Schutz der Solidargemeinschaft wird das Beitrittsrecht auf die Fälle begrenzt, in denen wieder eine Beschäftigung ausgeübt wird.

Zu Absatz 2

Die Beitrittsfrist beträgt einheitlich 3 Monate.

Zum Dritten Abschnitt — Versicherung der Familienangehörigen

Zu § 10 — Familienversicherung

Das geltende Recht gibt dem Mitglied (Stammversicherten) einen Anspruch auf Leistungen für seine Familienangehörigen (Familienhilfe) und bezieht sie dadurch in den Versicherungsschutz ein. Rechtsträger ist das Mitglied. Der mitversicherte Angehörige kann Versicherungsansprüche deshalb nicht aus eigenem Recht geltend machen und verfolgen. Diese Rechtslage trägt der gesellschaftlichen und familiären Entwicklung, insbesondere dem Verhältnis der Ehegatten zueinander und dem Verhältnis der heranwachsenden Kinder zu ihren Eltern nicht mehr Rechnung. Künftig werden die Angehörigen des Kassenmitglieds ebenfalls Versicherte mit eigenen Leistungsansprüchen. Sie sind insoweit den Versicherten gleichgestellt, die der GKV als Mitglieder angehören. Die Dauer ihrer Versicherung deckt sich mit der Zeit, für die eine Mitgliedschaft ihres Angehörigen besteht. Da die Angehörigen künftig eigene Ansprüche aus der Versicherung haben werden, bedarf es keiner Regelung über den Vorrang anderweitiger gesetzlicher Ansprüche (so für das geltende Recht § 205 Abs. 1 Satz 1 RVO); sie werden insoweit behandelt wie Mitglieder.

Zu Absatz 1 bis 4

Die Absätze 1 bis 4 übernehmen weitgehend den Personenkreis, der im Rahmen der Familienhilfe in den Versicherungsschutz einbezogen ist. Eine Satzungsregelung für in häuslicher Gemeinschaft lebende son-

stige Angehörige, wie sie nach § 205 Abs. 3 Satz 1 RVO möglich ist, entfällt. Diesen Personen ist zuzumuten, sich selbst zu versichern.

Absatz 1 Satz 1 bestimmt, daß die Angehörigen „selbst“ versichert sind; sie erhalten dadurch eine eigene Rechtsposition. Die versicherten Angehörigen können ihre Ansprüche selbständig und unabhängig von dem „Stammversicherten“ wahrnehmen.

In Absatz 1 Nr. 3 und 4 werden aus Gründen der Rechtsklarheit bestimmte Angehörige genannt, die ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens von der Versicherung ausgeschlossen sind, weil sie nicht zu dem von der GKV geschützten Personenkreis gehören und auch nicht als Familienversicherte einbezogen werden sollen. In Nummer 5 ist der bereits im geltenden Recht vorgesehene Höchstbetrag aus Solidaritätsgründen von einem Sechstel auf ein Siebtel herabgesetzt worden. Außerdem wurde der durch steuerrechtliche Besonderheiten geprägte Begriff des Gesamteinkommens (§ 16 SGB IV) durch den hier sinnvolleren und am Bruttoprinzip orientierten Begriff „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ ersetzt. Einnahmen zum Lebensunterhalt sind — wie schon im geltenden Recht (§ 180 Abs. 4 RVO) — die persönlichen Einnahmen, die dem tatsächlichen Lebensunterhalt dienen, also die Einnahmen, die der typischen Funktion des Arbeitsentgelts beim Pflichtversicherten entsprechen. Dazu gehören nicht zweckgebundene Zuwendungen (z. B. zur Abdeckung eines Mehrbedarfs wie Pflegegeld, Blindenzulage oder Kindergeld). Auf die dazu entwickelte Rechtsprechung und Praxis kann zurückgegriffen werden.

Absatz 4 stellt Stiefkinder, Enkel und Pflegekinder (vgl. § 56 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB I) den Kindern gleich und bezieht sie in den Versicherungsschutz ein. Unsicherheiten des geltenden Rechts werden dadurch beseitigt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt, welche Krankenkasse die Versicherung des Familienangehörigen durchführt, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach erfüllt werden (z. B. durch die Mitgliedschaft des Vaters und der Mutter). Das geltende Recht, das auf Leistungsansprüche und nicht auf eine fortlaufende Versicherung abstellt, wird nicht übernommen, weil es insbesondere bei alleinerziehenden Elternteilen zu Schwierigkeiten und unzumutbaren Zeitverzögerungen führte. Vielmehr wird den Mitgliedern freigestellt, die Krankenkasse selbst zu bestimmen. Diese Entscheidung ist bereits bei Beginn der Versicherung und nicht erst bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu treffen. Von einer Anknüpfung an Regelungen des Kindergeldes wird wegen der dort bestehenden Ausnahmeregelungen für bestimmte Fälle (z. B. Teilung des Kindergeldes) im Interesse einer einfachen Handhabung abgesehen.

Zum Dritten Kapitel — Leistungen der Krankenversicherung

Allgemeines

Der *Erste Abschnitt* gibt eine Übersicht über die Leistungen und schließt Ansprüche bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aus.

Der *Zweite Abschnitt* enthält die für alle Leistungen geltenden gemeinsamen Vorschriften. Sie wurden überarbeitet und systematisieren das geltende Recht ohne größere Änderungen.

Neu sind folgende Regelungen:

- Festlegung des Sachleistungsprinzips (§ 13),
- Zulässigkeit der Teilkostenerstattung für Dienstordnungsangestellte (§ 14),
- Ruhen des Leistungsanspruchs bei Auslandsaufenthalt (§ 16),
- Leistungsanspruch bei Beschäftigung als sog. Freigänger und bei Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim (§ 16),
- Kostenübernahme bei im Inland nicht möglichen Behandlungen (§ 18),
- Verkürzung des Anspruchs auf Leistungen nach dem Ende der Mitgliedschaft (§ 19).

Der *Dritte Abschnitt* regelt die Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten. In den §§ 20 bis 24 werden Aufgaben der Krankenkassen und Leistungsansprüche der Versicherten bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung beschrieben, die die Bedeutung der Prävention in der GKV verstärken sollen.

Neu sind folgende Regelungen:

- die Verpflichtung der Krankenkassen zur Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen (§ 20),
- Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe (§§ 21 und 22),
- Medizinische Vorsorgeleistungen und Kuren für Mütter (§§ 23 und 24).

Im *Vierten Abschnitt* werden die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten beschrieben. Die §§ 25 und 26 enthalten das geltende Recht erweiternde und inhaltlich neue Regelungen, um die Früherkennung zu verstärken.

Der *Fünfte Abschnitt* regelt die Leistungen bei Krankheit. Die §§ 27 bis 51 wurden auf der Basis des geltenden Rechts überarbeitet und vereinfacht.

Neu sind:

- die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen und die Malus-Regelung bei Abbruch (§ 29),
- die Änderung des Zuschusses zum Zahnersatz mit einer Bonusregelung (§ 30) und einer Übergangsregelung in Artikel 55,

— die Einführung eines Festbetrages für Arznei-, Verband- und Heilmittel (§§ 31, 32 und 35) sowie übergangsweise die Erhöhung der Zuzahlung bei Arzneimitteln (§ 31 Abs. 3) und Heilmitteln (§ 32 Abs. 3); außerdem wird ab 1991 der Übergang auf ein System der prozentualen Zuzahlung bei Arzneimitteln vorgesehen; die Ausgestaltung dieser Zuzahlung im einzelnen bleibt den parlamentarischen Beratungen vorbehalten,

— die Einführung eines Festbetrages bei Hilfsmitteln mit einer Leistungseinschränkung bei Kontaktlinsen und der Leistungsausschluß durch Rechtsverordnung für Heil- und Hilfsmittel von geringem Wert (§§ 33, 34 und 35),

— die Verschärfung der Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten stationärer Krankenhausbehandlung (§ 38).

Die Vorschrift über ausgeschlossene Arznei- und Heilmittel wurde überarbeitet und erweitert (§ 34).

Die Vorschrift über häusliche Krankenpflege wurde verbessert (§ 36).

Neu aufgenommen wurde eine Regelung über medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (§ 39), die auch die Krankenhausbehandlung (§ 38) deutlicher abgrenzt, und über Müttergenesungskuren (§ 40).

Das Wiederaufleben des Krankengeldes nach Ablauf der dreijährigen Blockfrist wurde eingeschränkt (§ 47).

Die Einschränkung von Leistungen bei selbstverschuldeter Krankheit wurde neuregelt (§ 51).

Der *Sechste Abschnitt* regelt die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (§§ 52 bis 56). Sie sind neu aufgenommen und sollen stufenweise in Kraft treten.

Im *Siebten Abschnitt* werden die Leistungen bei Mutterschaft (§§ 57 bis 64) behandelt. Die Vorschriften sind überarbeitet und gestrafft, inhaltlich aber kaum verändert worden.

Weggefallen ist der Entbindungskostenpauschbetrag von 100 DM (§ 198 RVO). Das einmalige Mutterschaftsgeld von 35 bis 150 DM (§§ 200 b, 205 a Abs. 2 RVO) wird jetzt als Entbindungsgeld in gleicher Höhe von 150 DM an alle Versicherten gezahlt (§ 64).

Das Sterbegeld (§§ 201 bis 204 RVO) fällt weg; aus Gründen des Bestandsschutzes wird in Artikel 56 eine Übergangsregelung getroffen.

Der *Achte Abschnitt* regelt Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft (§§ 65 bis 67). Die Vorschriften sind redaktionell überarbeitet, inhaltlich aber nicht verändert.

Im *Neunten Abschnitt* wird die Übernahme von Fahrkosten geregelt. Sie werden bei ambulanter Behandlung nur noch in besonderen Härtefällen übernommen. Der von den Versicherten zu tragende Anteil an den Fahrkosten bei stationärer Behandlung wird auf 20 DM je Fahrt festgesetzt (§ 68). Die Übernahme der Kosten für Familienheimfahrten entfällt.

Die Leistung „Familienhilfe“ des geltenden Rechts (§§ 205 bis 205 b RVO) entfällt, da die Familienange-

hörigen Leistungen künftig aus eigener Versicherung wie alle Versicherten erhalten (§ 10).

Im *Zehnten Abschnitt* wird die vollständige oder teilweise Befreiung von der Zuzahlung zu

- Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- stationären Leistungen der Prävention und Rehabilitation,
- Fahrkosten und
- Zahnersatz

abschließend im Gesetz geregelt (§§ 69 und 70). Dadurch werden die bislang in Richtlinien der Krankenkassen festgesetzten Voraussetzungen für Härtefälle vereinheitlicht.

Der *Elfte Abschnitt* enthält Erprobungsregelungen. Er eröffnet der Selbstverwaltung der GKV die Möglichkeit, neue Leistungen und Verfahren zu erproben (§ 71). Die Krankenkasse kann für einen Fünfjahreszeitraum durch Satzungsregelung

- in einem bestimmten Umfang Kostenerstattung durchführen (§ 72),
- die Wirkungen einer Beitragsrückzahlung ausprobieren (§ 73),
- ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen (§ 74),
- neuartige Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie Rehabilitationsmaßnahmen selbst durchführen oder sich daran beteiligen (§ 75).

Die Krankenkasse hat diese versuchsweise gemachten Erfahrungen auszuwerten (§ 76).

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt – Übersicht über die Leistungen

Zu § 11 – Leistungen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift gibt in Anlehnung an § 179 Abs. 1 RVO einen Überblick über die Leistungen der Krankenversicherung, ohne selbst bereits Ansprüche zu begründen oder eine Aussage darüber zu treffen, ob es sich um Pflicht- oder Ermessensleistungen handelt. Dies ergibt sich aus der jeweiligen Einzelvorschrift (z. B. § 23). Die Leistungen sind von allen Krankenkassen zu erbringen. Versicherte erhalten sie ohne Rücksicht darauf, ob sie als Mitglied oder nach § 10 als Familienangehöriger versichert sind, soweit die jeweilige Einzelvorschrift (z. B. § 43 oder § 61) nicht eine abweichende Regelung trifft.

Mit der Aufnahme von Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wird der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert. Neu sind auch die Leistungen zur Förderung der Gesundheit.

Zu Absatz 2

Die Regelung lehnt sich an § 10 Rehabilitations-Angleichungsgesetz an und betont die Bedeutung der Rehabilitation für das gesamte Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie stellt klar, daß zu den Leistungen der Krankenkassen auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gehören. Absatz 2 enthält keine Definition der Rehabilitation, sondern verdeutlicht deren Aufgabe und Zielrichtung im Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und ist deshalb als unmittelbar geltende Leistungsvoraussetzung bei allen die Rehabilitation betreffenden Vorschriften des Leistungsrechts (z. B. § 33 oder § 39) heranzuziehen. Im Hinblick auf die neu eingeführten Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit sind ausdrücklich auch Rehabilitationsleistungen erwähnt, mit denen Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert werden soll.

Bei Rehabilitationsleistungen ist darauf zu achten, daß psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichbehandelt werden. Psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, gehören allerdings weiterhin nicht zum Leistungskatalog der GKV, da sie über deren gesetzlich festgelegte Zuständigkeit hinausgehen. Dies gilt auch für berufsfördernde Maßnahmen und solche der sozialen Wiedereingliederung (vgl. auch § 42 Nr. 2).

Zu Absatz 3

Es ist Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die benötigten Leistungen zu erbringen. Durch Absatz 3 wird die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in diesen Fällen ausgeschlossen und damit eine klare Abgrenzung der beiden Versicherungszweige vorgenommen. Damit sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung auf die neue Rechtslage einstellen können (z. B. Abschluß von Verträgen mit Leistungserbringern), bestimmt Artikel 70 Abs. 3, daß die Regelung erst am 1. Januar 1991 in Kraft tritt. Gleichwohl haben die Unfallversicherungsträger in der zweijährigen Übergangszeit den Krankenkassen alle aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten entstandenen Aufwendungen zu erstatten (siehe Artikel 58).

Zum Zweiten Abschnitt – Gemeinsame Vorschriften

Zu § 12 – Wirtschaftlichkeitsgebot

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt das Wirtschaftlichkeitsgebot des geltenden Rechts (vgl. § 182 Abs. 2 RVO) und konkretisiert damit den Leistungsanspruch des einzelnen Versicherten, begrenzt ihn aber auch. Die Vorschrift wird ergänzt durch § 2 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4, der Krankenkassen und Leistungserbringer dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterstellt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt fest, daß sich die Leistungspflicht der Krankenkassen in den Fällen, in denen ein Festbetrag festgesetzt ist, auf die Übernahme dieses Festbetrages beschränkt. Eine über den Festbetrag hinausgehende Leistungspflicht besteht auch dann nicht, wenn eine Leistung im Sinne des Absatzes 1 durch den Festbetrag im Einzelfall nicht sichergestellt wird.

Zu § 13 – Kostenerstattung**Zu Absatz 1**

Die Regelung verdeutlicht das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Sachleistungsprinzip, das für alle Kassen und Kassenarten eine Kostenerstattung grundsätzlich ausschließt. Eine Kostenerstattung ist deshalb nur zulässig, wenn sie ausdrücklich im Fünften Buch vorgesehen ist, z. B. in Absatz 2, in § 14 und § 29 oder aufgrund der Erprobungsregelung in § 72.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ersetzt den Sachleistungsanspruch durch einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine Leistung wegen ihrer Dringlichkeit (z. B. bei Notfällen) nicht mehr rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat. In anderen Fällen selbstbeschaffter Leistungen besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Soweit die Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet ist, hat sie Kosten in der dem Versicherten entstandenen Höhe auch dann zu erstatten, wenn die selbstbeschaffte Leistung teurer war, als die Kassenleistung gewesen wäre. Es können aber immer nur die Kosten einer notwendigen Leistung (vgl. § 12 Abs. 1) übernommen werden.

Zu § 14 – Teilkostenerstattung

Die Vorschrift ist neu. Sie ist auf bei Krankenkassen und ihren Verbänden Beschäftigte begrenzt, weil dieser Personenkreis in besonderem Maß für die Belange der GKV eintritt und deshalb die Möglichkeit erhalten soll, bei seiner Krankenkasse einen Versicherungsschutz zu erhalten, der seinen besonderen Verhältnissen Rechnung trägt.

Zu Absatz 1

Die Regelung ermächtigt die Krankenkassen und ihre Verbände, für bei ihnen versicherte Dienstordnungsangestellte in der Satzung wahlweise Sachleistungen oder Teilkostentarife mit entsprechender Kostenerstattung vorzusehen. Da es bei der Bundesknappschaft als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung keine Dienstordnungsangestellten, sondern Beamte gibt, wurden diese gesondert aufgeführt. Die Regelung ist aber nur auf die Beamten der Bundes-

knappschaft anwendbar, die im Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind. Durch die Regelung in Absatz 1 wird berücksichtigt, daß diese Angestellten ihren Beitrag in voller Höhe allein tragen müssen und sie ihren Beihilfeanspruch bei Inanspruchnahme von Sachleistungen nicht verwirklichen können. Die Erstattungstarife sollen nach der Höhe des Beihilfeanspruchs abgestuft werden. Bei Anwendung des Teilkostenanteils hat die Krankenkasse die Beiträge in dem in § 252 vorgesehenen Rahmen zu ermäßigen.

Zu Absatz 2

Es steht den Dienstordnungsangestellten frei, Teilkostenerstattung oder Sachleistungen zu wählen. Im Interesse der Rechtssicherheit und zur einfacheren Durchführung schreibt Absatz 2 vor, wie lange die Versicherten an ihre Entscheidung gebunden sind. Entscheidet sich der Dienstordnungsangestellte für die Teilkostenerstattung, wirkt die Entscheidung auch für seine nach § 10 versicherten Familienangehörigen.

Zu § 15 – Krankenschein, Berechtigungsschein**Zu Absatz 1 und 3**

Absätze 1 und 3 entsprechen weitgehend § 188 RVO und den Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte und Bundesmantelvertrags-Zahnärzte. Die Regelung in § 188 Satz 3 RVO, wonach die Krankenkasse dem Versicherten für jedes Kalendervierteljahr grundsätzlich nur einen Krankenschein ausstellt, wird aus Gründen der Praktikabilität nicht übernommen. Die Krankenkassen sind aber nicht gehindert, ein solches Verfahren weiter durchzuführen, z. B. weil sie den Mißbrauch von Kranken- oder Berechtigungsscheinen verhindern wollen. Der Kranken- oder Berechtigungsschein kann durch die Krankenversicherungskarte (§ 299) ersetzt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 verpflichtet die Krankenkassen, auch für andere Leistungen (z. B. Früherkennungsuntersuchungen oder Krankenhausbehandlung) einen Berechtigungsschein auszustellen, soweit dafür ein Bedürfnis besteht.

Zu § 16 – Ruhen des Anspruchs

Die Vorschrift lehnt sich an Ruhensregelungen des geltenden Rechts an (z. B. §§ 209 a, 313, 216 RVO).

Zu Absatz 1

Nummer 1 berücksichtigt, daß Sachleistungen nur im Inland erbracht werden können. Die Vorschrift übernimmt insoweit den Gedanken des § 313 Abs. 4 RVO und entwickelt die Rechtsprechung des Bundessozial-

gerichts fort. Eine Kostenerstattung wird auch bei Erkrankungen während des Auslandsurlaubs ausgeschlossen.

Krankengeld kann bei Auslandsaufenthalt ebenfalls nicht gezahlt werden (ausgenommen im Fall des Absatzes 4 oder 5 und bei § 18), da der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit häufig mit Schwierigkeiten verbunden ist und eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme dieser Leistung vermieden werden soll. Mutterschaftsgeld wird auch bei Aufenthalt im Ausland gezahlt, da die erwähnten Gesichtspunkte auf diese Leistung nicht zutreffen. Die Vorschrift läßt über- oder zwischenstaatliche Regelungen unberührt.

Der Leistungsanspruch der nach § 10 versicherten Angehörigen, die sich im Inland aufhalten, wird vom Auslandsaufenthalt des Mitglieds ebenso wie nach geltendem Recht (vgl. § 216 Abs. 2 RVO) nicht berührt.

Wegen der Fahrkosten bei Erkrankungen im Ausland siehe § 68 Abs. 4.

Nummer 2 übernimmt die Ruhensregelungen des § 209a RVO und vereinfacht diese.

Nummer 3 übernimmt die Regelungen des § 313 Abs. 5 RVO.

Nummer 4 übernimmt Regelungen aus § 216 Abs. 1 Nr. 1 RVO und führt zwei inhaltliche Änderungen ein. Die ausdrückliche Aufführung der gemäß § 126a StPO Untergebrachten berücksichtigt das Urteil des Bundessozialgerichts vom 10. März 1987 — 3 RK 23/86 —. In dieser Entscheidung hat das Bundessozialgericht festgestellt, daß bei Versicherten, die gemäß § 126a StPO einstweilig untergebracht sind, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ruhen. Der jetzt angefügte letzte Halbsatz berücksichtigt ferner, daß Strafgefangenen gemäß § 39 Abs. 1 Strafvollzugsgesetz gestattet werden kann, ein freies Beschäftigungsverhältnis einzugehen, und daß sie deshalb krankenversichert sein können. Die mit Artikel 48 dieses Entwurfs eingeführte Vorschrift des § 62a StVollzG und die Änderung des § 78 StVollzG lassen für diese Gefangenen den Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57, 58, 61, 76 und 77 Strafvollzugsgesetz ruhen. Entsprechend nimmt Nummer 4 diese Gefangenen von dem Ruhen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Nummer 4 berücksichtigt ferner, daß auch Gefangene, deren Vollzug nicht von den Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes geregelt wird, gestattet werden kann, ein freies Beschäftigungsverhältnis einzugehen; sie unterliegen damit der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt namentlich für Gefangene im Jugendstrafvollzug. Auch diese Gefangenen sollen von dem Ruhen des Anspruchs ausgenommen werden, wenn sie keine Gesundheitsfürsorge von Seiten der Anstalt erhalten.

Für die Aufrechterhaltung des § 216 Abs. 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz RVO bestand — auch im Hinblick auf §§ 49 und 50 SGB I — kein Bedürfnis mehr.

§ 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO, der für Rentner und ihre Angehörigen das Ruhen des Anspruchs bei Heimunterbringung vorsieht, wird nicht übernommen, weil diese Regelung in der Praxis durch Änderung der Pflege-

vertragsbedingungen unterlaufen werden kann und zunehmend als Diskriminierung von Pflegebedürftigen angesehen wird.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ist neu und soll Doppelleistungen vermeiden; sie übernimmt den Gedanken des § 11 Abs. 3.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 480 Abs. 1 RVO mit redaktionellen Änderungen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des § 216 Abs. 1 Nr. 2 RVO.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift bringt eine Sonderregelung für die Transitstrecken von und nach Berlin, die der derzeitigen Verwaltungspraxis entspricht. Für eine Ausdehnung auf Sachleistungen bei Mutterschaft besteht kein Bedürfnis.

Wegen des Ruhens von Krankengeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird (vgl. § 216 Abs. 3 RVO), wird auf § 48 Nr. 5 hingewiesen.

Zu § 17 — Leistungen bei Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzbuchs

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht § 221 Satz 1 RVO. Die Vorschrift wurde redaktionell überarbeitet. Ihr Anwendungsbereich bleibt auf „versicherte Arbeitnehmer“ beschränkt, erfaßt aber nicht Familienangehörige des Arbeitnehmers. Abweichende Regelungen im überstaatlichen Recht sowie in zwischenstaatlichen Vereinbarungen gehen vor.

Die Regelung des § 221 Satz 2 RVO, wonach der Arbeitgeber der Kasse binnen einer Woche den Eintritt des Versicherungsfalles mitzuteilen hat, ist nicht aufrechterhalten worden, da für sie kein Bedürfnis mehr bestand.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht § 222 Satz 1 RVO. Die Ermächtigung in § 222 Satz 2 RVO, durch Rechtsverordnung Pauschalsätze zu bestimmen, entfällt mangels eines praktischen Bedürfnisses. Zu erstatten sind nur notwendige Kosten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist wortgleich mit § 487 Abs. 2 RVO.

Zu § 18 — Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes

Die Vorschrift ist neu. Die zum Teil schon bisher praktizierte Kostenübernahme für Behandlungen in der DDR oder im Ausland in den Fällen, in denen eine Krankheit im Inland nicht ausreichend behandelt werden konnte (z. B. bestimmte Herz- oder Augenoperationen oder Hautkrankheiten), wird auf gesetzliche Grundlagen gestellt.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ist als Ermessensleistung ausgestattet, um der Krankenkasse eine flexible Handhabung zu ermöglichen und eine finanzielle Überforderung zu vermeiden. Sie ist auch in den Fällen anwendbar, in denen die Krankheit zwar im Inland behandelt werden könnte, aber wegen mangelnder Kapazitäten und dadurch bedingter Wartezeiten eine frühzeitigere Auslandsbehandlung aus medizinischen Gründen unbedingt erforderlich ist. Wegen des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse vgl. die Begründung zu § 2 Abs. 1. Die Vorschrift ist als Ausnahmeregelung eng auszulegen. Das Ermessen betrifft nur die Sachleistungen, nicht das Krankengeld. Übernimmt die Krankenkasse die Sachleistung, ist Krankengeld trotz Auslandsaufenthalt zu zahlen.

Zu Absatz 2

Die Krankenkasse erhält die Möglichkeit, auch andere Kosten als die der Behandlung zu übernehmen, soweit sie im Zusammenhang mit der Leistungserbringung notwendig sind. Dazu gehören z. B. die Kosten des Gepäcktransports, der Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson oder Flug- und Transportkosten. § 68 ist hier nicht anzuwenden (§ 68 Abs. 4). Bei Ausübung ihres Ermessens kann die Krankenkasse — wie im Falle des Absatzes 1 — auch die Vermögensverhältnisse des Versicherten berücksichtigen.

Zu § 19 — Erlöschen des Leistungsanspruchs

Die Regelung ist neu und führt die Ansprüche nach dem Ende der Mitgliedschaft auf ein vertretbares Maß zurück.

Eine Regelung über das Entstehen des Leistungsanspruchs (vgl. für das geltende Recht § 206 RVO) ist nicht mehr erforderlich, da § 40 SGB I bereits festlegt, wann Ansprüche auf Leistungen entstehen, und eine Wartezeit für freiwillig Versicherte nach § 9, wie sie das geltende Recht in § 207 RVO vorsieht, nicht mehr beibehalten wurde. Für Versicherungspflichtige und

freiwillig Versicherte beginnt demnach der Leistungsanspruch mit ihrer Mitgliedschaft, für nach § 10 Versicherte mit der Mitgliedschaft des „Stammversicherten“.

Zu Absatz 1

Nach dieser Vorschrift werden Leistungen grundsätzlich nur so lange gewährt, wie die Mitgliedschaft besteht.

Zu Absatz 2

Um Lücken im Versicherungsschutz zu vermeiden, die sich z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel ergeben, können nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht Leistungen noch für einen Monat nach der Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden. Dies gilt sowohl für vor als auch für nach dem Ende der Mitgliedschaft eingetretene Versicherungsfälle. Eine längere Übergangszeit, in der keine Beiträge gezahlt werden, kann der Solidargemeinschaft nicht zugemutet werden. Sie ist auch nicht erforderlich, weil der ausgeschiedene Versicherte den Versicherungsschutz durch freiwillige Versicherung aufrechterhalten kann. Soweit jemand in dem Monatszeitraum nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wieder erwerbstätig ist, besteht für einen nachgehenden beitragsfreien Versicherungsschutz kein Bedarf. Dies gilt auch für eine geringfügige Erwerbstätigkeit. Bleibt die Mitgliedschaft nach §§ 201, 202 bestehen, bleibt auch der Versicherungsschutz erhalten. Bei freiwillig Versicherten erlischt der Leistungsanspruch mit dem Ende der Mitgliedschaft (siehe § 200).

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht § 214 Abs. 4 RVO, verlängert aber die Anspruchsdauer von 4 Wochen auf einen Monat.

Zum Dritten Abschnitt — Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten**Zu § 20 — Gesundheitsförderung**

Die Vorschrift ist neu. Sie verdeutlicht die Bedeutung der Prävention im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik und weist den Krankenkassen neue Aufgaben zu. Die Verantwortung für die Durchführung der in § 20 beschriebenen Aufgaben liegt in erster Linie bei den Krankenkassen. Sie entscheiden, in welchem Umfang sie Ärzte oder Kassenärzte mit diesen Aufgaben betrauen. Erprobungsregelungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sieht § 75 Abs. 1 Nr. 1 vor.

Zu Absatz 1

Die Regelung verpflichtet die Krankenkasse zu bestimmten Aufklärungs- und Beratungstätigkeiten, die allerdings auf die bei ihr Versicherten beschränkt sind. Die Tätigkeiten sollen sich auch auf arbeitsbedingte Gesundheitsschäden erstrecken.

Zu Absatz 2

Die Krankenkassen müssen nach dieser Vorschrift in ihrer Satzung bestimmen, welche Maßnahmen der Gesunderhaltung und -förderung sie vorsehen. Sie regelt die Maßnahmen, mit denen Ansprüche der einzelnen Versicherten begründet werden. Als solche Maßnahmen kommen insbesondere Gesundheitsprogramme, wie z. B. Kurse zur Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung oder Streßbewältigung in Betracht. Um der Krankenkasse die erforderliche Flexibilität bei der Ausgestaltung und Erbringung der Leistungen zu erhalten, braucht die Satzung nur Art und Umfang der Leistungen festzulegen. Jede Kasse hat aber Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit vorzusehen.

Die Krankenkassen sollten bei den Maßnahmen nach Absatz 2 insbesondere die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen stärker in ihr Konzept der Erhaltung und Förderung der Gesundheit einbeziehen.

Zu Absatz 3

Gerade bei der Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist die Abstimmung und Zusammenarbeit mit anderen Stellen und mit den Ärzten besonders wichtig. Absatz 3 macht deshalb die Krankenkassen über die Generalnorm des § 4 Abs. 3 hinaus noch einmal besonders auf die Pflicht zur Zusammenarbeit aufmerksam. Als Partner kommen neben den Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst, die Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung, aber auch einzelne ärztliche Experten in Betracht.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stellt klar, daß die in § 20 vorgenommene Zuweisung von Aufgaben an die Krankenkassen die Zuständigkeit und Verantwortung anderer Stellen, z. B. des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Kassenärztlichen Vereinigungen, unberührt läßt.

Zu § 21 – Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

Die Vorschrift ist neu. Sie soll die Mundhygiene bei Kindern und Jugendlichen fördern und Zahnerkrankungen wie Karies und Zahnbetterkrankungen verhüten.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, die erforderlichen Maßnahmen gemeinsam und einheitlich zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen, weil isolierte Einzelmaßnahmen einzelner Krankenkassen oder Kassenarten bei der Durchführung der Gruppenprophylaxe nicht zweckmäßig sind. Wenn in einer Region keine oder keine ausreichenden Maßnahmen der Gruppenprophylaxe durchgeführt werden, haben die Krankenkassen das Recht, die Maßnahmen auch selbst durchzuführen. Die Gruppenprophylaxe ist auf Versicherte begrenzt, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, weil erfahrungsgemäß die Motivierbarkeit älterer Jugendlicher für solche Maßnahmen gering ist.

Bei der Durchführung der Gruppenprophylaxe sollen die Krankenkassen mit den Zahnärzten zusammenarbeiten. Die Gruppenprophylaxe ist aber kein Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung, es sei denn, daß ein entsprechender Gesamtvertrag nach § 81 Abs. 3 geschlossen wird. Für die Zusammenarbeit mit anderen für die Zahngesundheit verantwortlichen Stellen empfiehlt sich eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene. Soweit in den einzelnen Bundesländern bereits im Rahmen der Jugendzahnpflege entsprechende Programme laufen, sollen sich die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich daran beteiligen und sie mitfinanzieren. Es wird davon ausgegangen, daß sich auch die öffentliche Hand (öffentlicher Gesundheitsdienst) und die Zahnärzte personell und finanziell an den erforderlichen Maßnahmen beteiligen.

Wegen der besonderen pädagogischen Wirksamkeit sollen die Maßnahmen vorrangig in Gruppen durchgeführt werden. Für Kinder, die keinen Kindergarten besuchen und für solche Kinder, die besonders stark kariesgefährdet sind, sind ebenfalls geeignete Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vorzusehen.

Die Zuständigkeiten anderer Stellen (z. B. des öffentlichen Gesundheitsdienstes) bleiben unberührt.

Zu Absatz 2

Die Regelung berücksichtigt Erfordernisse des Datenschutzes.

Zu § 22 – Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

Die Vorschrift ist neu. Sie soll zusammen mit der Regelung über die Gruppenprophylaxe (§ 21) die Verhütung von Zahnerkrankungen verbessern und damit rechtzeitige zahnerhaltende Maßnahmen fördern.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift begrenzt den Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen im Anschluß an die Maßnahmen nach § 21 auf die Altersgruppe der 14- bis

25jährigen Versicherten. Es kann davon ausgegangen werden, daß die für die Zahngesundheit besonders wichtige Phase der Prophylaxe mit dem 25. Lebensjahr abgeschlossen ist und danach der Schwerpunkt zahnärztlicher Leistungen bei der Früherkennung und Behandlung von Zahnerkrankungen liegt. Die regelmäßige Inanspruchnahme dieser Untersuchung durch die Versicherten ist ebenfalls Voraussetzung für die Erhöhung des Zuschusses zu den Kosten für Zahnersatz (§ 30).

Zu Absatz 2

Die Regelung beauftragt den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen, das Nähere über die nach Absatz 1 erforderlichen Untersuchungen festzulegen. Satz 2 gibt den Untersuchungsinhalt vor. Die Vergütung der Untersuchungen ist in § 93 Abs. 2 Satz 3 geregelt. Mit der Vergütung individualprophylaktischer Leistungen ist gleichzeitig die Vergütung der zahnärztlichen Beratung (BEMA-Position A 1) abgegolten.

Zu § 23 – Medizinische Vorsorgeleistungen

Die Vorschrift enthält Regelungen über Vorsorgeleistungen, die nicht in den Sonderregelungen der §§ 21 und 22 enthalten sind. Sie lehnen sich an Vorschriften des geltenden Rechts (z. B. § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2, § 364 Abs. 1 Nr. 1 RVO) an, fassen sie systematisch zusammen und erweitern sie.

Die Leistungen nach Absatz 2 und 4 sind – wie schon im geltenden Recht die Vorsorgekur – als Ermessungsleistung ausgestaltet, um den Krankenkassen mehr Steuerungsmöglichkeiten zu geben.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift beschreibt den Anspruch des Versicherten auf medizinische Leistungen zur Verhütung von Krankheiten. Es handelt sich dabei um Leistungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die nicht als Vorsorgekur (vgl. Absatz 2) ausgestaltet sind.

Nummer 1 entspricht der Regelung des § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a RVO. Der Allgemeinzustand des Versicherten muß so labil sein, daß künftig bei gleichbleibender beruflicher und sonstiger Belastung der Ausbruch einer Krankheit nicht auszuschließen ist. Mit Gesundheit ist die körperliche und seelische Gesundheit gemeint.

Nummer 2 lehnt sich an § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b RVO an, will aber durch Verwendung des Adjektives „gesundheitlichen“ statt „normalen“ deutlich machen, daß es um eine Maßnahme gehen muß, die der Gefährdung der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Kindes entgegenwirkt. Die Verhütung anderer Gefährdungen gehört nicht zum Aufgabenbereich der GKV. Außerdem bot der bisherige Wortlaut Anlaß für eine zu begrenzte Anwendung der Vorschrift auf Fälle, in denen Entwicklungs-

störungen bereits eingetreten waren. Als Kinder im Sinne dieser Regelung sind Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzusehen.

Nummer 3 ist neu und im Hinblick auf die neu eingeführten Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 52 bis 56) aufgenommen worden. In Betracht dürften hier insbesondere Heilmittel und Hilfsmittel kommen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift (vgl. bisher § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 RVO) gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, ambulante Vorsorgekuren unter den in Absatz 1 beschriebenen Voraussetzungen zu erbringen. Es handelt sich hier um Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, die sich im Rahmen einer Kur insbesondere ortsgebundener Mittel (z. B. Heilwässer zum Trinken und für Bäder, geologische oder klimatische Besonderheiten) bedienen. Es darf also noch keine Krankheit vorliegen, deren Verhütung die Kur dienen soll, sonst wäre § 39 anzuwenden. Die Leistung Vorsorgekur ist eine Komplexleistung, die ihre Wirkung erst durch das Zusammenspiel von medizinischen Maßnahmen (z. B. Anwendungen) mit aus medizinischen Gründen erforderlichen anderen Maßnahmen entfaltet. Zur letzteren gehören z. B. Ernährungsberatung, gruppen- oder einzeltherapeutische Maßnahmen, Hilfen zur Entwöhnung von Genußmitteln. Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß den Erfordernissen des einzelnen Versicherten Rechnung getragen wird.

Der Anspruch nach Absatz 2 besteht nur, wenn die Leistungen nach Absatz 1 nicht ausreichen oder nicht geeignet sind.

Neben den medizinisch erforderlichen Maßnahmen kann die Krankenkasse einen Zuschuß zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrtkosten) zahlen. Aus finanziellen Gründen wird dieser Zuschuß auf einen Höchstbetrag von 15 DM täglich begrenzt.

Es bleibt den Krankenkassen wie bisher unbenommen, einen niedrigeren oder gar keinen Zuschuß vorzusehen.

Die bisher schon in § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO vorgesehene Begrenzung der Leistungen auf das Inland wird durch die Ruhensvorschrift in § 16 Abs. 1 Nr. 1 übernommen. Auslandskuren sind als Vorsorgemaßnahmen nur zulässig, wenn eine entsprechende Maßnahme im Inland nicht erbracht werden kann. Sind medizinisch vergleichbare Vorsorgekuren im Inland möglich, verbietet das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 in der Regel eine Auslandskur. Das über- und zwischenstaatliche Recht bleibt unberührt.

Die Vorsorgekur unterliegt den Beschränkungen, die in Absatz 5 und 6 normiert sind und zumeist dem geltenden Recht entsprechen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht vor, daß die Regelungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Zuzahlungen, Festbeträge) auch für im Rahmen von Vorsorgeleistungen nach Absatz 1 und 2 erbrachte Mittel gelten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ist neu. Sie gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, stationäre Maßnahmen in einer Vorsorgeeinrichtung im Sinne des § 115 Abs. 2 zu erbringen, wenn eine ambulante Behandlung nach Absatz 1 oder eine ambulante Vorsorgekur nicht ausreicht, um eines der in Absatz 1 Nrn. 1 bis 3 aufgezählten Behandlungsziele zu erreichen. Diese Maßnahmen werden nur in Einrichtungen durchgeführt, mit denen die Krankenkassen Einfluß auf die Zahl der Leistungsanbieter und die Qualität der medizinischen Maßnahmen nehmen können.

Die Leistung umfaßt im Gegensatz zu den Vorsorgekuren nach Absatz 2 auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die erforderlichen Kosten der An- und Abreise, soweit sie je einfache Fahrt 20 DM übersteigen (§ 68). Sie unterliegt außerdem den in Absatz 5 und 6 genannten Beschränkungen. Während der Inanspruchnahme der Leistung ist die in Absatz 7 vorgesehene Zuzahlung zu leisten.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift sieht die Prüfpflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zwingend für alle Leistungen nach Absatz 2 und 4, und zwar für alle Kassen und Kassenarten, vor. Sie übernimmt damit eine Regelung des geltenden Rechts für Vorsorgekuren (§ 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO). Eine Verlängerung der Kurmaßnahmen ist im Einzelfall möglich, sie bedarf ebenfalls der Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Die medizinische Begutachtung vor Bewilligung oder Verlängerung der Leistung nach Absatz 2 und 4 soll gewährleisten, daß präventive Kurmaßnahmen von allen Krankenkassen nach gleichen Beurteilungsmaßstäben bewertet und ausgerichtet werden.

Zu Absatz 6

Neu ist die gesetzliche Begrenzung der Leistungen nach Absatz 2 und 4 auf längstens 4 Wochen, die der üblichen Kurdauer entspricht. Die Krankenkasse kann aber für bestimmte Kurformen (z. B. für Kinder) und im Einzelfall längere Kuren bewilligen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die Dreijahresfrist des § 187 Abs. 2 RVO wird für die Vorsorgeleistungen nach Absatz 2 und 4 übernommen.

Zu Absatz 7

Die Zuzahlungsregelung des § 187 Abs. 3 bis 5 RVO wird für stationäre Maßnahmen nach Absatz 4 über-

nommen. In Härtefällen ist eine Befreiung von der Zuzahlung nach § 69 möglich. Die Zuzahlung ändert nichts daran, daß die Krankenkasse die Kosten der stationären Maßnahme im vollem Umfang übernimmt; dies ist für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall von Bedeutung (vgl. § 7 Lohnfortzahlungsgesetz und für das geltende Recht § 187 Abs. 4 Satz 2 RVO).

Zu § 24 – Kuren für Mütter

Die Vorschrift ist neu, lehnt sich aber an Vorschriften des geltenden Rechts (z. B. § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 RVO) an. Sie soll die heutigen Müttergenesungskuren erhalten.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, statt einer ambulanten Vorsorgekur nach § 23 Abs. 2 eine Vorsorgekur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Familienferienstätten, die Kuren durchführen) zu erbringen, wenn dies für die Versicherte zweckmäßiger ist. Die Leistungsvoraussetzungen sind dieselben wie in § 23 Abs. 2 für die ambulante Vorsorgekur. Der Leistungsinhalt entspricht den Mütterkuren, wie sie insbesondere das Müttergenesungswerk für die Erhaltung der Gesundheit von Frauen aus Familien mit Kindern entwickelt hat. Die Leistung kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur erbracht werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der Zuschuß zu den Kosten der Kur, die keine medizinisch erforderlichen Leistungen betreffen, ist – anders als bei der ambulanten Vorsorgekur nach § 23 Abs. 2 – in der Höhe nicht begrenzt. Der Zuschuß ist – wie bisher – eine Kann-Leistung.

Zu Absatz 2

Die Regelungen über die Prüfung durch den Medizinischen Dienst, die Leistungsdauer und den Dreijahresturnus, die für ambulante Vorsorgekuren gelten, sind auch auf Mütterkuren anzuwenden.

Zum Vierten Abschnitt – Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten**Zu § 25 – Gesundheitsuntersuchungen**

Die Vorschrift ist neu. Sie erweitert den Anspruch der Versicherten auf die bisherigen Früherkennungsun-

tersuchungen nach § 181 RVO um eine Gesundheitsuntersuchung.

Zu Absatz 1

Versicherte erhalten einen Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung, die die Früherkennung und damit auch eine frühzeitige Behandlung insbesondere der am häufigsten auftretenden „Volkskrankheiten“ ermöglichen soll. Es wird davon ausgegangen, daß die Gesundheitsuntersuchung durch eine entsprechende ärztliche Beratung ergänzt wird. Die Altersgrenze und der Zweijahresabstand berücksichtigen die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, aber auch medizinische Erfordernisse.

Zu Absatz 2 und 3

Die Vorschrift entspricht § 181 Abs. 1 Nr. 2 und 3 sowie § 181a Abs. 1 RVO, sieht aber in Absatz 2 die Möglichkeit größerer zeitlicher Abstände als ein Jahr vor, wenn dies medizinisch sinnvoll ist.

Zu Absatz 4

Satz 1 soll die Bereitschaft der Versicherten zu einer Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen durch Zusammenfassung der Gesundheitsuntersuchungen stärken. Die Untersuchungen dürfen aber durch denselben Arzt nur vorgenommen werden, soweit dies für seinen Fachbereich zulässig ist.

Satz 2 entspricht § 181 Abs. 2 Satz 2 RVO, gibt aber dem Bundesausschuß im Hinblick auf die Festlegung der medizinisch erforderlichen Häufigkeit von Früherkennungsuntersuchungen und der erforderlichen oberen und unteren Altersgrenzen mehr Spielraum als bisher.

Die Vergütung der Gesundheitsuntersuchung ist in § 93 Abs. 2 Satz 3 geregelt.

Zu § 26 – Kinderuntersuchung

Die Vorschrift entspricht § 181 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Satz 2 RVO. Das Wort „normale“ wurde gestrichen und das Wort „in besonderem Maße“ durch „in nicht geringfügigem Maße“ ersetzt, weil es in der Praxis zu Mißverständnissen geführt hat. Die Altersgrenze ist auf 6 Jahre heraufgesetzt worden, da eine weitere Untersuchung vor Schulbeginn aus präventiver Sicht (z. B. zur Früherkennung von Hör- oder Sehstörungen, Sprachfehlern oder Haltungsschäden) wichtig ist und die Eltern für eine Früherkennungsuntersuchung vor Beginn dieses neuen Lebensabschnitts ihres Kindes besonders aufgeschlossen sein dürften.

Zum Fünften Abschnitt – Leistungen bei Krankheit

Zum Ersten Titel – Krankenbehandlung

Zu § 27 – Krankenbehandlung

Die Vorschrift beschreibt den bisher in § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO als „Krankenpflege“ bezeichneten Inhalt dieser Leistung und paßt ihn an die neuen Leistungsbezeichnungen an. Da die Vorschrift für alle Leistungen des Ersten Titels gilt, wird die Zielrichtung und Zweckbestimmung der Krankenbehandlung an dieser Stelle zusammengefaßt. Der Anspruch auf die Leistung besteht vom Beginn der Krankheit an.

Unter Krankheit ist nach herrschender Rechtsprechung und Praxis ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand zu verstehen, dessen Eintritt entweder die Notwendigkeit einer Heilbehandlung des Versicherten oder lediglich seine Arbeitsunfähigkeit oder beides zugleich zur Folge hat. Es wird aber weiterhin davon abgesehen, den Begriff „Krankheit“ im Gesetz zu definieren, weil sein Inhalt ständigen Änderungen unterliegt.

Der Wegfall des Wortes „insbesondere“ macht deutlich, daß der Leistungsinhalt jetzt abschließend beschrieben wird. In dem für das gesamte Leistungsrecht geltenden § 12 Abs. 2 ist bereits klargestellt, daß Leistungen der *medizinischen* Rehabilitation ebenfalls zur Krankenbehandlung gehören. Rehabilitationsleistungen mit anderer Zielrichtung (z. B. Leistungen der sozialen oder beruflichen Rehabilitation) werden von den Krankenkassen nicht erbracht.

Satz 3 stellt klar, daß Leistungen zur Herstellung (oder Wiederherstellung) der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit nur unter den dort genannten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen werden dürfen. Leistungen, mit denen eine künstliche Befruchtung herbeigeführt wird, können nach Satz 4 von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Solche Leistungen liegen außerhalb des Aufgabenbereichs der GKV. Damit sind alle Leistungen dieser Art (z. B. homologe und heterologe Insemination, In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer, intratubarer Gameten-transfer oder Ersatzmutterschaft) aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Zu § 28 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Die Vorschrift ist an dieser Stelle neu (vgl. im geltenden Recht § 122 RVO) und wurde wegen ihrer Bedeutung für das Leistungsrecht hier aufgenommen. Sie definiert den Begriff und Inhalt der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung. Zur ärztlichen Behandlung gehört neben dem in § 27 Satz 1 genannten Inhalt auch die im Dritten und Vierten Abschnitt beschriebene Verhütung und Früherkennung von Krankheiten.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift definiert die ärztliche Behandlung. Sie darf als Kassenleistung nur von Ärzten und nicht von anderen zur Ausübung der Heilkunde berechtigten Personen wie Heilpraktikern durchgeführt werden, auch nicht in dringenden Fällen. Satz 2 macht in Anlehnung an § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO deutlich, daß auch vom Arzt angeforderte Tätigkeiten, die in seiner Praxis (z. B. Bestrahlungen oder Massagen) oder unter seiner Überwachung (z. B. bei der Delegation an Psychologen) vorgenommen werden, zur ärztlichen Behandlung gehören. Allerdings muß es sich um Hilfeleistungen handeln, da der Arzt seine Leistung grundsätzlich persönlich erbringen muß. Für diese Tätigkeiten kommen nicht nur Angehörige von Heilhilfsberufen in Betracht, sondern auch andere Personen (z. B. in der psychiatrischen Praxis mitarbeitende Sozialarbeiter). Es muß sich aber immer um Tätigkeiten handeln, die vom Arzt zu verantworten sind, also innerhalb des Bereichs liegen, der der ärztlichen Berufsausübung zuzurechnen ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift definiert die zahnärztliche Behandlung. Im übrigen gelten die Ausführungen zu Absatz 1.

Zu § 29 – Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung

Die Regelung ist neu. Sie soll der besseren Kostentransparenz bei kieferorthopädischer Behandlung dienen und auch eine Überinanspruchnahme von kieferorthopädischen Leistungen verringern.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift begrenzt den Leistungsanspruch auf solche Fälle, in denen erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen oder drohen. Sie ersetzt den bisherigen Sachleistungsanspruch auf kieferorthopädische Behandlung durch einen Anspruch auf Kostenerstattung. Insoweit wird von § 13 Abs. 1 abgewichen. Der Versicherte bleibt Kassenpatient. Die Kieferorthopäden und die kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte dürfen dem Versicherten nur die im Bewertungsmaßstab vorgesehenen Vergütungen in Rechnung stellen. Die Krankenkasse darf dem Versicherten nur diese Kosten erstatten. Da die Behandlung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung erfolgt, gelten auch die Regelungen über die Wirtschaftlichkeit der Behandlung und ihre Überprüfung.

Bei der Durchführung der Kostenerstattung sollen Krankenkassen und Kassenzahnärzte mit den Zahlungsmodalitäten den Belangen der Versicherten Rechnung tragen. Es wird davon ausgegangen, daß der Versicherte die vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Beträge erst nach Auszahlung der Kassenleistung begleichen kann und daß die Kassenzahnärzte angemessene Ratenzahlungen vorsehen. Es dürfte deshalb zweckmäßig sein, die Kostenerstattung ab-

schlagsweise nach bestimmten Behandlungsabschnitten durchzuführen und nicht in einem Betrag zu einem Zeitpunkt. Soweit im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung auch zahntechnische Leistungen erbracht werden, werden sie leistungrechtlich von § 29 und nicht von § 30 erfaßt.

Wünscht ein Versicherter eine aufwendigere kieferorthopädische Behandlung als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Diese das Notwendige übersteigende Leistungen können nach GOZ abgerechnet werden.

Satz 2 verpflichtet die Krankenkassen, geeignete Fälle durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Welche Fälle geeignet sind, kann die Krankenkasse selbst entscheiden. Sie kann sich auf Einzelfälle beschränken oder Gruppen von Behandlungsfällen prüfen. Es wird davon ausgegangen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Gruppen von Behandlungsfällen festlegen, die für eine Prüfung in Betracht kommen. Allerdings soll das zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärzten vereinbarte Gutachterverfahren Vorrang vor einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 2 haben. Die Prüfung soll vor Beginn der Behandlung erfolgen und kann die Behandlung begleiten, soweit dies zweckmäßig ist.

Der Anspruch auf Kostenerstattung umfaßt alle notwendigen Kosten. Er ist aber, solange die Behandlung nicht in dem nach Absatz 2 vorgesehenen Umfang abgeschlossen ist, auf 75 % der notwendigen Kosten beschränkt. Die restlichen 25 % hat der Versicherte selbst zu bezahlen. Die Krankenkasse darf sie vor Behandlungsabschluß nicht übernehmen, auch nicht vorschussweise.

Zu Absatz 2

Die Regelung soll Abbrüchen der kieferorthopädischen Behandlung entgegenwirken. Sie lehnt sich an eine nach geltendem Recht (§ 182e Satz 2 Buchstabe b RVO) zulässige Regelung an, schreibt sie aber für alle Krankenkassen zwingend vor. Die Krankenkasse hat nach Abschluß der Behandlung dem Versicherten, der die 75 % der notwendigen Behandlungskosten getragen hat, die restlichen 25 % in einem Betrag zu erstatten. Hat die Sozialhilfe oder ein Dritter diesen Betrag übernommen, entfällt die Rückzahlung an den Versicherten; die Rückzahlung an den Berechtigten richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften.

Es kommt für die Anwendung des Absatzes 2 nicht darauf an, ob der Versicherte den Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung verschuldet hat. Entscheidend ist lediglich, ob die Behandlung in dem vorgesehenen Umfang abgeschlossen worden ist. Ist dieser Abschluß objektiv unmöglich (z. B. durch Tod des behandelnden Arztes oder des behandelten Versicherten), erstattet die Krankenkasse die Restkosten.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift beauftragt den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen, die typischen Indikationsgruppen herauszuarbeiten, bei deren Vorliegen die Krankenkasse leistungspflichtig ist. Keine erhebliche Beeinträchtigung liegt vor bei geringfügigen Dreh- und Engständen im Frontzahnbereich, kieferorthopädischen Maßnahmen bei Erwachsenen mit voll ausgebildetem Gebiß oder Maßnahmen zum Schließen einer Gebißlücke.

Zu § 30 — Kostenerstattung bei Zahnersatz

Die Vorschrift bringt eine grundlegende Änderung gegenüber dem bisherigen Recht (§ 182 c RVO). Die Zuschußregelung erfaßt künftig auch die zahnärztlichen Leistungen bei der Eingliederung von Zahnersatz. Die Höhe des Zuschusses wird gesetzlich festgelegt, hinsichtlich seiner variablen Formen aber der Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung überlassen. Es wird davon ausgegangen, daß die Selbstverwaltung diesem Auftrag möglichst rasch nachkommt. Ferner wird ein Bonus für regelmäßige Zahnprophylaxe eingeführt. Die Übergangsregelung ist in Artikel 55 normiert. Bei unzumutbarer Belastung ist die Härtefallregelung des § 69 zu beachten.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift schränkt die bisherigen Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz ein und legt ausdrücklich fest, daß der Zuschuß eine Kostenerstattungsleistung ist. Wegen der Modalitäten des Erstattungsverfahrens wird auf die Begründung zu § 29 Abs. 1 verwiesen. Ungeachtet der Kostenerstattung bleibt der Versicherte Kassenpatient und wird im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung behandelt. Deshalb gelten auch die Regelungen über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die Leistung besteht in einem Zuschuß zu den Kosten der notwendigen zahnärztlichen Behandlung und der notwendigen zahntechnischen Leistungen, dessen Höhe von der Selbstverwaltung nach Absatz 2 und — wenn diese ihrem Auftrag nicht bis Ende 1989 nachkommt — vom Bundesarbeitsminister in einer Rechtsverordnung festgelegt wird.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Zuschuß in Höhe von 50 % der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Behandlung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz durch variable Zuschüsse abzulösen. Dabei sollen drei Zuschußstufen festgelegt werden. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Grad des technischen Aufwands für die medizinisch notwendige Versorgungsform des Zahnersatzes. Je technisch aufwendiger und damit teurer der notwendige Zahnersatz ist, desto niedriger soll der Zuschuß sein. Darin liegt ein Anreiz für den Versicher-

ten, Zahnpflege zu betreiben, weil die notwendige Versorgungsform grundsätzlich umso aufwendiger sein wird, wenn der Versicherte seine Zahnpflege vernachlässigt hat. Außerdem haben die Spitzenverbände das Nähere über die den drei Zuschußgruppen zuzuordnenden Zahnersatzleistungen festzulegen. Anstelle der drei Zuschußhöhen von 40, 50 und 60 % können für diese drei Gruppen von Versorgungsformen auch Festzuschüsse oder andere Zuschußhöhen (z. B. noch höhere oder noch niedrigere Zuschüsse) festgelegt werden. Die Festlegung hat in allen Fällen im Einvernehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu erfolgen. Die von den Spitzenverbänden festgelegten Zuschüsse treten an die Stelle des Zuschusses nach Absatz 1 und sind deshalb für jede Krankenkasse und jeden Versicherten unmittelbar verbindlich.

Zu Absatz 3

Voraussetzung für die Einführung der in Absatz 2 festgelegten Alternativen ist, daß sie sich im Rahmen des Einsparvolumens halten, das durch die Regelung in Absatz 1 erreicht werden soll. Deshalb schreibt Absatz 3 vor, daß die Aufwendungen für alle von der Selbstverwaltung gestalteten Zuschußvarianten diesen Rahmen nicht übersteigen dürfen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift verpflichtet den Bundesarbeitsminister zu einer Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung, wenn die Selbstverwaltung bis zum 31. Dezember 1989 ihrer Verpflichtung aus Absatz 2 nicht nachgekommen ist.

Zu Absatz 5

Die Regelung soll die Versicherten motivieren, sich im Rahmen der neugeschaffenen Vorsorgemaßnahme des § 22 Abs. 1 regelmäßig zahnärztlich untersuchen zu lassen. Der Nachweis über diese Untersuchung muß auch eine Feststellung des Zahnarztes darüber enthalten, daß der Gebißzustand eine regelmäßige Zahnpflege erkennen läßt. Für die Zeit nach Auslaufen der Individualprophylaxe (§ 22) muß der Versicherte eine zahnärztliche Untersuchung in jedem Kalenderhalbjahr nachweisen, um die Bonusregelung in Anspruch nehmen zu können. Die Bonusregelung gilt nur für Untersuchungen, die nach dem 31. Dezember 1988 durchgeführt worden sind.

Zu Absatz 6

Die Regelung entspricht § 182 c Abs. 5 RVO. Der Kassenzahnarzt kann die Mehrkosten nach GOZ abrechnen.

Zu § 31 — Arznei- und Verbandmittel**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b RVO), ist aber um eine Festbetragsregelung ergänzt worden.

Zu Absatz 2

Die Regelung will durch die Festsetzung von Festbeträgen einen Anreiz dafür schaffen, daß Versicherte preisgünstige Arznei- und Verbandmittel in Anspruch nehmen. Außerdem soll die Maßnahme den Wettbewerb unter den Herstellern von Arznei- und Verbandmitteln verstärken. Die Festbeträge sollen so bestimmt werden, daß eine in der Qualität gesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ohne Zuzahlung des Versicherten für das von ihm benötigte Arzneimittel gewährleistet ist. Auf diese Weise wird für die Versicherten ein wirksamer finanzieller Anreiz geschaffen, sich unter mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln für die preisgünstigen Arzneimittel zu entscheiden. Gleichzeitig wird dadurch der Preiswettbewerb zwischen den miteinander konkurrierenden Arzneimittelherstellern verstärkt. Die Festbeträge für Arzneimittel, aber auch für Heil- und Hilfsmittel, konkretisieren damit das Wirtschaftlichkeitsgebot im Recht der GKV (vgl. auch § 12 Abs. 2). Die Versicherten werden selbst unmittelbar zum Nachfrager. Wenn sie sich nicht für die preisgünstigen Angebote entscheiden, haben sie die Differenz zwischen Festbetrag und dem Preis der teureren Produkte selbst zu tragen. Umgekehrt werden die Hersteller dadurch veranlaßt, überhöhte Preise abzusenken, um ihre Position auf dem Markt zu behaupten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die die Festbeträge gemeinsam und einheitlich festlegen, haben neben der Preisgünstigkeit auch die Qualität der miteinander konkurrierenden Produkte zu berücksichtigen. Damit ist sichergestellt, daß mit den Festbeträgen die Kosten für qualitativ vollwertige Produkte abgedeckt sind. Eine „Billigmedizin“ wird verhindert.

Zu Absatz 3

Solange und soweit Festbeträge noch nicht festgesetzt sind, sieht Absatz 3 vor, daß die Zuzahlung von gegenwärtig 2 DM auf 3 DM je verordnetes Mittel erhöht wird. Kostet ein Mittel weniger als 3 DM, ist als Zuzahlung der Apothekenabgabepreis des Mittels zu entrichten. Versicherte unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit. Die Festbetragsregelung ist auch auf sie anzuwenden.

Bei unzumutbarer finanzieller Belastung durch die Zuzahlung ist die Härtefallregelung des § 70 zu beachten.

Zu Absatz 4

Die Regelung enthält die Absicht des Gesetzgebers, die Zuzahlung von 3 DM zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes durch eine Zuzahlung abzulösen, deren Höhe sich nach einem Vomhundertsatz des Apothekenabgabepreises richtet. Auch für diese prozentuale Zuzahlung sollen Härteregelelungen (z. B. Obergrenze der Zuzahlung, teilweise Befreiung) gelten. Die Ausgestaltung dieser Vorschrift im einzelnen bedarf noch einer weiteren gesetzlichen Regelung.

Zu § 32 — Heilmittel**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b RVO). Zu den Heilmitteln gehören neben den sog. sächlichen Heilmitteln vor allem Dienstleistungen wie z. B. Krankengymnastik, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie sowie Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie. Die Vorschrift sieht allerdings den Ausschluß bestimmter Heilmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen durch Rechtsverordnung vor (vgl. hierzu die Begründung zu § 34 Abs. 3).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift will durch die Festsetzung von Festbeträgen für den Versicherten einen wirksamen Anreiz schaffen, preisgünstige Heilmittel in Anspruch zu nehmen, und den Wettbewerb unter den Erbringern von Heilmitteln verstärken. Zu der Bedeutung und Funktion des Festbetrages vgl. die Begründung zu § 31 Abs. 2.

Soweit noch kein Festbetrag festgesetzt ist, ist von den vertraglich vereinbarten Preisen auszugehen. Sind zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern keine Preise vereinbart, ist der marktübliche Abgabepreis maßgebend. Die Kasse trägt in diesen Fällen den Preis abzüglich der Zuzahlung nach Absatz 3.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift erhält die bisher bestehende Zuzahlung für Heilmittel (§ 182a Satz 1 Buchstabe b RVO) aufrecht, sieht allerdings eine Zuzahlung je Mittel (also z. B. für die einzelne Massage, Bestrahlung oder Übung) vor und nicht wie bisher je Anwendungsserie. Sie trägt damit dem Umstand Rechnung, daß der überproportionale Anstieg der Ausgaben für Heilmittel weniger ein Preis- als ein Mengenproblem ist, dem durch eine Erhöhung der Zuzahlung begegnet werden muß. Abweichend vom geltenden Recht ist die Zuzahlung auch dann zu leisten, wenn das Heilmittel im Rahmen der ärztlichen Behandlung in der Praxis des Arztes abgegeben wird. Dadurch sollen Wettbewerbsverzerrungen gegenüber den anderen Heilmittelerbringern vermieden werden. Der Kassenarzt hat die Zuzahlung — ggf. im Weg der Verrechnung mit

seiner Vergütung — an die Krankenkasse abzuführen.

Zu § 33 — Hilfsmittel

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 182b RVO). Sie wird ergänzt durch die für das gesamte Leistungsrecht geltende Regelung in § 11 Abs. 2 über die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Absatz 1 sieht abweichend vom bisherigen Recht vor, daß Hilfsmittel von geringem Wert durch Rechtsverordnung von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen werden können (vgl. hierzu die Begründung zu § 34 Abs. 3). Die Vorschrift bezieht auch Sehhilfen (insbesondere Brillen und Kontaktlinsen) ein, die bisher gesondert in § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b RVO aufgeführt waren. Die bisher bestehende Zuzahlung von 4 DM bei Verordnung oder Reparatur einer Brille (§ 182a RVO) entfällt.

Zum Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln gehört auch die individuelle Anpassung des Hilfsmittels und die Versorgung mit dem dazu individuell nötigen Zubehör.

Zu Absatz 2

Bevor die Krankenkasse ein Hilfsmittel bewilligt, hat sie in geeigneten Fällen den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu beauftragen, den Versicherten zu beraten und zu prüfen, ob das Hilfsmittel im Einzelfall zur Erreichung des Ziels der medizinischen Rehabilitation erforderlich und geeignet ist. Es dürfte sich empfehlen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Gruppen von geeigneten Fällen festlegen. Auch hierbei sollte auf die Erfahrungen der orthopädischen Versorgungsstellen zurückgegriffen werden.

Zu Absatz 3

Die Regelung will durch *Festbeträge* für den Versicherten einen wirksamen Anreiz schaffen, preisgünstige Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen, und den Wettbewerb unter den Herstellern und Anbietern von Hilfsmitteln verstärken. Der Festbetrag ist so festzusetzen, daß im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung abgedeckt ist und der Festbetrag für das im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel ausreicht. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß bei vielen Hilfsmitteln, insbesondere Seh- und Hörhilfen, Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, so daß auch Festbeträge möglich sind, die sich am unteren Rand des Preisgefüges bewegen oder dieses bei offenkundig überhöhten Preisen unterschreiten. Zur Bedeutung der Festbeträge vgl. die Begründung zu § 31 Abs. 2.

Soweit noch kein Festbetrag festgesetzt ist, ist von den vertraglich vereinbarten Preisen auszugehen. Sind Preise zwischen den Krankenkassen und den Erbrin-

gern von Hilfsmitteln nicht vereinbart (z. B. bei individuell angefertigten Hilfsmitteln), ist der im von der Krankenkasse gebilligten Kostenvoranschlag festgelegte Preis maßgebend. Im übrigen ist davon auszugehen, daß der Einzelverkaufspreis als vereinbarter Preis gilt.

Wählt der Versicherte ein geeignetes Hilfsmittel in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung für Kontaktlinsen. Ihre Kosten werden nur noch in Höhe des Festbetrages für eine erforderliche Brille übernommen. Die Kosten für Pflegemittel werden aus der Leistungspflicht der Kasse herausgenommen.

Zu Absatz 5

Satz 1 entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 182g RVO) und gilt auch für Kontaktlinsen. Satz 2 bestimmt, daß die Krankenkasse die Kosten für Reparaturen, Änderung und Ersatzbeschaffung bei gleichbleibender Sehfähigkeit ebenfalls erst nach Ablauf von mindestens drei Jahren nach der Lieferung (nicht Verordnung) der Sehhilfe übernehmen darf. Hier sollen dieselben Bedingungen gelten wie für die Erstversorgung. Dies gilt auch dann, wenn der Verlust oder die Beschädigung der Sehhilfe nicht verschuldet wurde.

Zu Absatz 6

Die Regelung stellt klar, daß Krankenkassen Hilfsmittel auch ausleihen können (z. B. Rollstühle, Krücken) und sie nach dem Ende der Bedarfsituation vom Versicherten zurückfordern dürfen.

Satz 2 gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, die Bewilligung des Hilfsmittels von weiteren Voraussetzungen abhängig zu machen. Im übrigen soll die Krankenkasse bei der Beschaffung eines Hilfsmittels prüfen, ob eine Änderung oder Instandsetzung von bisher benutzten Hilfsmitteln nicht wirtschaftlicher ist. Eine Wiederverwendung kommt insbesondere bei teuren Hilfsmitteln in Betracht.

Zu § 34 — Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Zu Absatz 1 und 2

Die Vorschriften entsprechen dem bisher geltenden Recht (§ 182f Abs. 2 und 3 RVO, Altersgrenze jetzt 18 Jahre), sehen allerdings keine Ausnahmen für Härtefälle mehr vor, da solche nicht in die Systematik ausgegrenzter Leistungen passen und außerdem wegen der geringen medizinischen Bedeutung der ausgeschlossenen Mittel eine Eigenvorsorge zumutbar ist.

Zu Absatz 3

Die Regelung gibt dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Möglichkeit, durch Rechtsverordnung Heil- und Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen herauszunehmen. Vor Erlass der Rechtsverordnung müssen die betroffenen Verbände der Leistungserbringer und der Behinderten gehört werden.

Ausgegrenzt werden können physikalisch-therapeutische Heilmittel von geringem oder umstrittenem medizinischem Nutzen. Dazu gehören etwa einige Heilpackungen (Heublumensack, Kaltpackungen, Trockenpackungen), bestimmte hydroelektrische und gashaltige Bäder sowie isolierte Wärmeanwendungen. Die Übernahme solcher Kosten gehört in den Bereich der zumutbaren Eigenvorsorge.

Ausgegrenzt werden können außerdem sächliche Heilmittel und Hilfsmittel von geringem Abgabepreis. Dabei ist von der objektiven Verkehrsanschauung und nicht von den Vermögensverhältnissen des einzelnen Versicherten auszugehen. Hierher gehören etwa orthopädische Schuheinlagen (außer für Kinder), Sportbandagen, Bagatellmittel wie Augenklappen, Fingerlinge, Armbinden, Fingerschienen, Gummihandschuhe, bestimmte Inhalationsgeräte und Mittel, die als medizinisch überholt gelten.

Satz 2 läßt auch eine Ausgrenzung von geringfügigen Kosten der notwendigen Änderung, Reparatur und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel zu.

Satz 3 enthält eine Ausnahmeregelung, die Hörgeräte von noch nicht 18 Jahre alten Kindern betrifft.

Zu Absatz 4

Die Regelung beauftragt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, in Richtlinien unwirtschaftliche Arzneimittel von der Verordnung zu Lasten der Krankenkasse auszunehmen. Durch Satz 2, der die grundsätzliche Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen unberührt läßt, bleibt die Pluralität der therapeutischen Ansätze im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes gewahrt.

Der Bundesausschuß soll die wegen Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossenen Arzneimittel und Heilmittel in einer übersichtlichen und anwendungsfreundlichen Aufstellung zusammenfassen.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 182f Abs. 4 RVO), bezieht aber auch die Substitution von durch den Bundesausschuß nach Absatz 4 ausgeschlossenen Arzneimitteln mit ein. Im Gegensatz zum geltenden Recht (§ 182f Abs. 1 Satz 2 RVO), das nur das Mittel selbst ausgrenzt, übernimmt die Krankenkasse künftig auch nicht mehr die im Rahmen der ärztlichen Behandlung erfolgte Verordnung des Mittels.

Zu § 35 – Festbeträge für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Die Vorschrift ist neu. Die Einführung von Festbeträgen bildet für Versicherte einen Anreiz, die preisgünstigsten Mittel in Anspruch zu nehmen, ohne ihren Anspruch auf das im Einzelfall medizinisch erforderliche Mittel einzuschränken. Sie soll zugleich den Wettbewerb unter den Anbietern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln verstärken. Die bisher bestehende Zahlung von 4 DM je Verordnung von Brillen entfällt.

Zu Absatz 1 und 3

Die Regelung beauftragt den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, in Richtlinien die Gruppen von Arzneimitteln festzulegen, die für Festbeträge in Betracht kommen. Die Zusammenfassung von Arzneimitteln in Gruppen soll nach den in Satz 2 genannten Kriterien vorgenommen werden und in übersichtlicher Form erfolgen. Absatz 3 erlaubt die Gruppenbildung für wirkstoffgleiche Arzneimittel erst, wenn nach der Zulassung des ersten Generikums zwei Jahre verstrichen sind. Damit soll sichergestellt werden, daß Festbeträge für diese Arzneimittelgruppe erst festgesetzt werden, wenn Generika bereits auf dem Markt eingeführt sind. Satz 3 schreibt für die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 vorgesehene Gruppierung bestimmte Voraussetzungen vor. Bei der Festsetzung der Gruppen sind unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel zu berücksichtigen, wenn sie für die Therapie bedeutsam sind. Satz 4 verpflichtet den Bundesausschuß, vor seiner Entscheidung über die Bestimmung der Gruppen von Arzneimitteln Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und den Berufsvertretungen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Für die Gruppen von Arzneimitteln, die der Bundesausschuß nach Absatz 1 bestimmt, legen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag fest, bis zu dessen Höhe die Krankenkasse nach § 31 Abs. 2 die Kosten trägt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben vor der Festsetzung des Festbetrags auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen der jeweiligen Gruppe von Arzneimitteln Sachverständigen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen.

Es wird davon ausgegangen, daß die Selbstverwaltung von der Ermächtigung nach Absatz 2 so rasch und umfassend wie möglich Gebrauch macht.

Zu Absatz 4

Während die Festbeträge für Arzneimittel von den Spitzenverbänden festgesetzt werden, sind die Festbeträge für Verband-, Heil- und Hilfsmittel auf Landesebene festzusetzen, um regionalen Besonderheiten besser Rechnung zu tragen. Auch hier wird davon ausgegangen, daß die Selbstverwaltung möglichst umfassend und rasch von ihrer gesetzlichen Verpflichtung Gebrauch macht. Bei den Festbeträgen für Heil- und Hilfsmittel sind vergleichbare Gruppen von insbesondere sächlichen Heilmitteln und Hilfsmitteln (z. B. Bandagen, Leibbinden, Bruchbänder) zu bilden. Bei der Bildung der Gruppen von Hilfsmitteln ist Satz 3 zu berücksichtigen. Den auf Landesebene jeweils betroffenen Verbänden der Leistungserbringer und – insbesondere wegen der Heil- und Hilfsmittel – den Behindertenverbänden ist vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift verpflichtet die Spitzenverbände, Festbeträge auch für Verband-, Heil- und Hilfsmittel festzulegen, soweit dies binnen eines Jahres nach dem Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht geschehen ist. Sie haben dabei die in Absatz 4 festgelegten Modalitäten zu beachten. Auch hier ist den beteiligten Verbänden Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Zu Absatz 6

Die Regelung legt fest, nach welchen Gesichtspunkten die Festbeträge festzusetzen sind. Der Festbetrag soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Zugleich soll der Festbetrag so festgelegt werden, daß Wirtschaftlichkeitsreserven, die bei wirksamem Preiswettbewerb entstehen würden, ausgeschöpft werden. Dies kann vorübergehend – insbesondere in der Anfangsphase bei Heil- und Hilfsmitteln – dazu führen, daß für den Festbetrag kein Mittel auf dem Markt zur Verfügung steht, so daß der Versicherte auch notwendige Mittel nur mit Zuzahlung erhalten kann. Es wird davon ausgegangen, daß diese Situation bis zu entsprechenden Preissenkungen der Hersteller nur kurze Zeit dauern wird. Für die Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen schreibt Satz 3 weiter vor, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich sein muß. Bei der in Satz 4 vorgeschriebenen Überprüfung der Festbeträge sind die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Kriterien zu berücksichtigen.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift regelt die Beschlussfassung der Spitzenverbände bei der Festsetzung eines Festbetrages und die Voraussetzungen einer Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Zu § 36 – Häusliche Krankenpflege

Die Vorschrift wurde konkretisiert und über das bisher geltende Recht (§ 185 RVO) hinaus erweitert und geändert.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht, wie schon im geltenden Recht, häusliche Krankenpflege vor, wenn eine an sich erforderliche Krankenhausbehandlung nicht durchgeführt werden kann. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege künftig auch, wenn diese Leistung der Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung dient. Dies soll es dem Versicherten ermöglichen, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren. Damit wird zugleich ein Anreiz geschaffen, die teure Krankenhausbehandlung soweit wie möglich abzukürzen oder zu vermeiden. Außerdem wurde die bisherige Mehrleistung in § 185 Abs. 1 Satz 2 RVO – häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung – zur Regelleistung gemacht, die jetzt von allen Krankenkassen erbracht werden muß. Wie im geltenden Recht wird die Leistung ohne zeitliche Begrenzung erbracht, solange sie unter Berücksichtigung der in Absatz 1 vorgeschriebenen Zielsetzung medizinisch erforderlich ist. Als umfassendere Leistung gegenüber häuslicher Pflegehilfe (§§ 52 ff) geht sie dieser vor (§ 52 Abs. 3).

Auf häusliche Krankenpflege haben auch psychisch Kranke Anspruch, wenn die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Dabei ist allerdings in besonderem Maße darauf zu achten, daß sich die Leistungen im Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung halten. Versicherte in Alten- und Pflegeheimen haben wie schon bisher Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, wenn sie in der Einrichtung ihren Haushalt beibehalten. Haben sie keinen eigenen Haushalt, kann die Leistung nur erbracht werden, wenn sie in ihrer Familie leben.

Zu Absatz 2

Die Regelung konkretisiert den Inhalt der Leistung und beseitigt bestehende Unklarheiten. Da die häusliche Krankenpflege im Einzelfall auch die über eine Krankenpflegetätigkeit hinausgehende hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Zubereitung von Mahlzeiten), umfassen kann, spricht Absatz 1 nicht mehr von Krankenpflegepersonen, sondern umfassender von Pflegekräften. Werden bei der häuslichen Krankenpflege sogenannte Pflegehilfsmittel (z. B. Verbände, Unterlagen) benötigt, kann die Krankenkasse die Kosten dafür pauschal abgelden. Dadurch wird vermieden, daß durch die Verordnung und Einzelbeschaffung solcher Mittel zusätzliche Kosten entstehen, während z. B. Sozialstationen oder Wohlfahrtsverbände, die häusliche Krankenpflege durchführen, diese Mittel engros viel preiswerter erwerben können.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 185 Abs. 2 RVO), macht aber deutlich, daß die Leistungspflicht der Krankenkasse nur so weit geht, wie eine im Haushalt lebende Person, die kein Angehöriger sein muß, den Kranken nicht selbst pflegen kann.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 185 Abs. 3 RVO), wurde aber redaktionell überarbeitet. Die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft sind wie schon bisher in angemessener Höhe zu erstatten.

Zu § 37 – Haushaltshilfe

Die Vorschrift lehnt sich an das bisher geltende Recht (§ 185b Abs. 1 RVO) an und wurde im übrigen vereinfacht und gestrafft.

Zu Absatz 1

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nicht mehr, wenn der ausfallende Ehegatte nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Es würde das Solidaritätsprinzip der GKV überspannen, auch diesen Fall abzudecken. Der Leistungsanspruch ist begrenzt auf die Fälle, in denen die Krankenkasse Krankenhausbehandlung, eine ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationskur (auch für Mütter), häusliche Krankenpflege oder stationäre Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen erbringt. Die Haushaltshilfe bei Mutterschaft ist aus systematischen Gründen in § 59 geregelt.

Zu Absatz 2

Die Regelung gibt der Krankenkasse in Anlehnung an das geltende Recht (§ 185b Abs. 3 RVO) die Möglichkeit, Haushaltshilfe als Ermessensleistung in anderen als in den in Absatz 1 genannten Fällen zu erbringen, z. B., wenn sich der kranke Versicherte zu Hause aufhält, aber keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege hat. Entscheidend ist allerdings, daß der Haushalt wegen der Krankheit nicht weitergeführt werden kann.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 185b Abs. 1, 3 und 4 RVO).

Zu Absatz 4

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 185b Abs. 2 RVO), wurde aber redaktionell überarbeitet.

Zu § 38 – Krankenhausbehandlung

Die Vorschrift wurde gegenüber dem geltenden Recht im Hinblick auf die Bedeutung der Leistung im Rahmen der GKV konkretisiert. Sie wurde außerdem wegen der zusätzlichen Erfordernisse, die bei der Einweisung in ein Krankenhaus zu beachten sind (vgl. § 81 Abs. 4), erweitert. Dadurch soll darauf hingewirkt werden, daß verstärkt preisgünstige Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 1

Die Regelung bestimmt, wo, wie und in welchem Umfang stationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird. Sie entspricht dem bisher geltenden Recht (§ 184 Abs. 1, § 371 Abs. 1 RVO), verdeutlicht jedoch den Vorrang der preisgünstigen ambulanten Behandlung auch durch den Hinweis auf die häusliche Krankenpflege (§ 36). Satz 3 beschreibt den Inhalt der Krankenhausbehandlung und macht deutlich, daß der Schwerpunkt der Krankenhausbehandlung im Unterschied zu anderen Formen stationärer Versorgung (vgl. § 115 Abs. 2) auf der ärztlichen Behandlung durch Ärzte und weniger auf der pflegerischen Versorgung und der Anwendung von Heilmitteln liegt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift lehnt sich an das geltende Recht (§ 184 Abs. 2 RVO) an, sieht aber nicht mehr vor, daß den Versicherten die Mehrkosten in jedem Fall auferlegt werden müssen. Die Vorschrift enthält jedoch eine Sanktion für den Fall, daß der Versicherte ohne zwingenden Grund von der ärztlichen Einweisung abweicht. Den Krankenkassen wird hier ein Ermessen eingeräumt, damit sie den Verhältnissen des Einzelfalles gerecht werden können. Zwingende Gründe können auch subjektiver Art sein, z. B. Erfahrungen des Versicherten oder seiner Angehörigen mit der Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus. Der Ermessensgebrauch sollte sich auch daran orientieren, in welchem Umfang gegen das Gebot verstoßen worden ist, das in der ärztlichen Einweisung (§ 81 Abs. 4) genannte Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Regelung schränkt im übrigen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, die für das gesamte Leistungsrecht gilt (§ 2 Abs. 1 Satz 1 und § 12 Abs. 1), die Wahl des Krankenhauses ein. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist aber auch hier, wie schon im geltenden Recht (§ 184 Abs. 2 Satz 3 RVO), Rechnung zu tragen (§ 2 Abs. 3 Satz 2).

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verpflichtet die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene, ein Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte aufzustellen. Dieses Verzeichnis ist bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 81 Abs. 4) und bei der Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse zu berücksichtigen. Zweck des Verzeichnisses ist es, der Kranken-

kasse und dem Arzt einen raschen Überblick über die im Einzelfall in Betracht kommenden Krankenhäuser zu geben, damit verstärkt preisgünstige Krankenhäuser in Anspruch genommen werden. Es reicht im allgemeinen aus, wenn dieses Verzeichnis eine regionale Übersicht schafft. Bundesweite Verzeichnisse sind nur bei ungewöhnlichen oder sehr schwierigen Krankenhausbehandlungen (z. B. Transplantationen) sinnvoll. Der Inhalt des Verzeichnisses ist in Satz 2 nicht abschließend beschrieben. Möglich ist auch die Einbeziehung ausgewählter Diagnosen mit Angabe der Verweildauer. Der Tagespflegesatz bei Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufe ist kein Vergleichsmaßstab im Rahmen des Verzeichnisses.

In dem Verzeichnis sollten auch die Kosten einer Krankenhausbehandlung in Anstaltskrankenhäusern mit den Kosten in Belegkrankenhäusern oder Belegabteilungen von Anstaltskrankenhäusern verglichen werden. Deshalb sollten in das Verzeichnis auch die Honorare für belegärztliche Leistungen (§ 2 Abs. 3 Satz 2 BpflV) einbezogen werden; darunter fallen auch ärztliche Leistungen, die Belegärzte im Einzelfall während der stationären Behandlung der Belegpatienten für diese in ihrer Praxis erbringen, z. B. Laboruntersuchungen. Die belegärztlichen Leistungen gehören zur Krankenhausbehandlung, auch wenn es sich zugleich um kassenärztliche Leistungen handelt. Die Einbeziehung kann in der Weise erfolgen, daß für jedes Belegkrankenhaus und jede Belegabteilung eines Krankenhauses in dem Verzeichnis zusätzlich der Honorarbetrag für belegärztliche Leistungen aufgeführt wird, der im Jahresdurchschnitt auf jeden Pflegetag entfällt, den das Krankenhaus für die Belegpatienten berechnet. Damit diese Angaben auf einem möglichst aktuellen Stand bleiben, sollte jeweils der Jahreszeitraum zugrunde gelegt werden, der die letzten abgerechneten Kalendervierteljahre für die belegärztlichen Leistungen umfaßt.

Die Krankenkasse soll bei der Erklärung der Kostenübernahme auch die voraussichtliche Verweildauer prüfen und sich dabei an den von der AGKV erarbeiteten Anhaltswerten für Krankenhausverweildauer sowie an Durchschnittswerten auf der Grundlage der diagnosebezogenen Angaben zur Verweildauer im Kosten- und Leistungsnachweis der Krankenhäuser orientieren. Im übrigen hat sie durch geeignete Maßnahmen, insbesondere durch eine umfassende und aktuelle Information von Kassenärzten und Versicherten, dafür zu sorgen, daß das Verzeichnis beachtet wird.

Zu Absatz 4

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 184 Abs. 3 RVO). Auf diese Zuzahlung konnte aus finanziellen Gründen nicht verzichtet werden. Zuzahlungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind anzurechnen, wenn sie vom Behandlungsinhalt und -ziel her mit der Krankenhausbehandlung vergleichbar sind. Eine Härteklausele für die Zuzahlung ist im Hinblick auf den begrenzten Betrag wie auch schon im geltenden Recht nicht vorgesehen.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht geltendem Recht (§ 481 RVO), sieht aber ebenfalls eine Zuzahlung vor.

Zu § 39 – Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Die Vorschrift stellt diese teilweise im geltenden Recht (§ 184 a Abs. 1 und § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RVO) bereits vorgesehenen Leistungen auf eine neue gesetzliche Grundlage. Der Anspruch auf ambulante Behandlung von Krankheiten einschließlich ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen – insbesondere am Wohnort – ist schon in anderen Vorschriften des Ersten Titels geregelt, so daß er im Rahmen des § 39 nicht mehr normiert werden muß. Die Vorschrift beschränkt sich deshalb auf die Leistung „ambulante Rehabilitationskur“, die als Komplexleistung und wegen weiterer Besonderheiten eine eigenständige Regelung erfordert, und auf stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung.

Die Leistungen nach Absatz 1 und Absatz 2 sind – wie schon im geltenden Recht die Genesungskur und die Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen – als Ermessensleistung ausgestaltet, um den Krankenkassen mehr Steuerungsmöglichkeiten zu geben.

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält die Voraussetzungen, unter denen die Krankenkasse eine ambulante Rehabilitationskur erbringen kann. Es handelt sich hier – wie der Hinweis auf die Ziele in § 27 Satz 1 und § 11 Abs. 2 zeigt – um Maßnahmen der Krankenbehandlung einschließlich Rehabilitation, die sich im Rahmen einer Kur insbesondere ortsgebundener Mittel (z. B. Heilwässer zum Trinken und für Bäder, geologische oder klimatische Besonderheiten) bedienen. Im Unterschied zu den Leistungsvoraussetzungen nach § 23 Abs. 2 muß hier bereits eine Krankheit bestehen. Diese Voraussetzungen sind auch dann gegeben, wenn im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung durch die Rehabilitationskur der Behandlungserfolg erreicht oder gesichert werden soll.

Die Leistung „ambulante Rehabilitationskur“ ist eine Komplexleistung, die ihre Wirkung erst durch das Zusammenspiel von medizinischen Maßnahmen (z. B. Anwendungen) mit aus medizinischen Gründen erforderlichen anderen Maßnahmen entfaltet. Zur letzteren gehören z. B. Ernährungsberatung, gruppen- oder einzeltherapeutische Maßnahmen, Hilfen zur Entwöhnung von Genußmitteln. Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß den Erfordernissen des einzelnen Versicherten Rechnung getragen wird.

Der Anspruch nach Absatz 1 besteht nur, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht oder nicht geeignet ist.

Neben den medizinisch erforderlichen Maßnahmen kann die Krankenkasse einen Zuschuß zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahr-

kosten) zahlen. Aus finanziellen Gründen wird dieser Zuschuß auf einen Höchstbetrag von 15 DM begrenzt (vgl. im übrigen die Begründung zu § 23 Abs. 2).

Die bisher schon in § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO für Vorsorgekuren vorgesehene Begrenzung der Leistungen auf das Inland wird durch die Ruhensvorschrift in § 16 Abs. 1 Nr. 1 auch für Rehabilitationskuren übernommen. Auslandskuren sind als Rehabilitationsmaßnahmen nur zulässig, wenn eine entsprechende Maßnahme im Inland nicht erbracht werden kann. Das über- und zwischenstaatliche Recht bleibt unberührt.

Im übrigen unterliegt die Rehabilitationskur den Beschränkungen, die in Absatz 3 und 4 normiert sind und zumeist dem geltenden Recht entsprechen. Außerdem gelten hier auch die Regelungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Zuzahlungen und Festbeträge). Eine eigene Regelung wie in § 23 Abs. 3 war nicht erforderlich, weil die Rehabilitationskur den für die Krankenbehandlung geltenden Vorschriften unterliegt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift lehnt sich an das geltende Recht (§ 184 a Abs. 1 RVO) an, grenzt aber die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung stärker von der ambulanten Krankenbehandlung und der ambulanten Rehabilitationskur nach Absatz 1 ab. Eine solche Leistung kann von der Krankenkasse nur erbracht werden, wenn eine ambulante Krankenbehandlung oder eine ambulante Rehabilitationskur nicht ausreichen, um eine der in Absatz 1 Satz 1 aufgezählten Behandlungsziele zu erreichen.

Diese Maßnahmen werden nur in Einrichtungen durchgeführt, mit denen die Krankenkassen einen Vertrag geschlossen haben. Dadurch sollen die Krankenkassen Einfluß auf die Zahl der Leistungsanbieter und die Qualität der medizinischen Maßnahmen nehmen können.

Der Leistung nach Absatz 2 kommt besondere Bedeutung zu, wenn dadurch das Ziel der Krankenbehandlung im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung erreicht werden soll. Dies kann vor allem bei schweren Krankheiten (z. B. Krebs), nach der Entgiftungsphase bei Suchtkranken und der Akutbehandlung psychisch Kranker angebracht sein.

Die Leistung umfaßt im Gegensatz zu den Rehabilitationskuren nach Absatz 1 auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die erforderlichen Kosten der An- und Abreise, soweit sie je einfache Fahrt 20 DM übersteigen (§ 68). Sie unterliegen außerdem den in Absatz 3 und 4 genannten Beschränkungen. Während der Inanspruchnahme der Leistung ist die in Absatz 6 vorgesehene Zuzahlung zu leisten.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht die Prüfpflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zwingend für alle Leistungen nach Absatz 1 und 2 und für alle Kassen

und Kassenarten vor und übernimmt damit eine Regelung des geltenden Rechts für Vorsorgekuren (§ 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RVO). Eine Verlängerung der Kurmaßnahmen ist im Einzelfall möglich. Sie bedarf ebenfalls der Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Die medizinische Begutachtung von Bewilligung oder Verlängerung der Leistung nach Absatz 1 und 2 soll gewährleisten, daß präventive Kurmaßnahmen von allen Krankenkassen nach gleichen Beurteilungsmaßstäben bewertet und ausgerichtet werden.

Zu Absatz 4

Neu ist die gesetzliche Begrenzung der Leistungen nach Absatz 1 auf längstens 4 Wochen, die der üblichen Kurdauer entspricht. Die Krankenkasse kann aber für bestimmte Kurformen (z. B. für Kinder) und im Einzelfall längere Kuren bewilligen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Für Leistungen nach Absatz 2 ist keine Höchstdauer vorgesehen, da dies angesichts der im Rahmen solcher Leistungen behandelten Krankheiten nicht zweckmäßig ist. Gleichwohl sollte die Krankenkasse für bestimmte Behandlungstypen die Dauer der Kostenübernahme unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles befristen.

Die für medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23) vorgesehene und bisher schon für Kuren nach § 187 Abs. 1 RVO und für stationäre Heilmaßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Dreijahresfrist wird für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen übernommen, um eine Gleichbehandlung zu erreichen und eine Überinanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 und 2 zu vermeiden. In medizinisch dringenden Fällen ist wie nach geltendem Recht eine Ausnahme möglich.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift übernimmt die nur für stationäre Rehabilitationsleistungen geltende Subsidiaritätsregelung des § 184 a Abs. 1 RVO für die stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung nach Absatz 2, jedoch nur im Verhältnis zu anderen Sozialversicherungsträgern, insbesondere zur Rentenversicherung. Die Beseitigung des Nachrangs gegenüber entsprechenden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz hängt mit den Änderungen in Artikel 35 zusammen. Wie schon im geltenden Recht tritt der Nachrang der Leistungspflicht der Krankenkassen auch nicht in den Fällen des § 1305 Abs. 1 RVO (insbesondere Kinderheilverfahren und Maßnahmen zur Krebsbekämpfung) ein.

Die Regelung soll aber nicht dazu führen, daß über eine vorausgehende Krankenhausbehandlung Kostenverlagerungen zu Lasten insbesondere der gesetzlichen Rentenversicherung eintreten. Außerdem soll verhindert werden, daß durch die verstärkte Behandlung von Versicherten, die bisher im Krankenhaus behandelt wurden, in Rehabilitationseinrichtungen derselbe Kostenverschiebungseffekt eintritt. Deshalb gilt der Nachrang der Krankenversicherung

nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, deren Kosten von der Krankenversicherung zu tragen wären. In diesen Fällen bleibt die Leistungspflicht der Krankenkasse bestehen. Die erforderliche Abgrenzung der Fälle, in denen eine Rehabilitationsmaßnahme anstelle einer Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, bleibt der Selbstverwaltung der beteiligten Leistungsträger überlassen.

Zu Absatz 6

Die Zuzahlungsregelung des § 184 a Abs. 2 und § 187 Abs. 3 bis 5 RVO wird für stationäre Rehabilitationsleistungen übernommen. Das gilt auch für die Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung. In Härtefällen ist eine Befreiung von der zeitlich nicht begrenzten Zuzahlung von 10 DM möglich (§ 69). Zur Entgeltfortzahlung bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen vgl. die Begründung zu § 23 Abs. 7.

Zu § 40 – Müttergenesungskuren

Die Vorschrift ist neu, lehnt sich aber an Vorschriften des geltenden Rechts (z. B. § 187 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RVO) an. Sie soll die bisher hier durchgeführten Maßnahmen des Müttergenesungswerks sichern.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift gibt der Krankenkasse die Möglichkeit, statt einer ambulanten Rehabilitationskur nach § 39 Abs. 1 eine Müttergenesungskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer vergleichbaren Einrichtung (z. B. Familienferienstätten, die Kuren durchführen) zu erbringen, wenn dies für die Versicherte zweckmäßiger ist. Die Leistungsvoraussetzungen sind dieselben wie in § 39 Abs. 1 für die ambulante Rehabilitationskur. Der Leistungsinhalt entspricht den Mütterkuren, wie sie insbesondere das Müttergenesungswerk für die Wiederherstellung der Gesundheit von Frauen mit Kindern entwickelt hat. Die Leistung kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur erbracht werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der Zuschuß zu den Kosten der Kur, die keine medizinisch erforderlichen Leistungen betreffen, ist – anders als bei der ambulanten Rehabilitationskur nach § 39 Abs. 1 – in der Höhe nicht begrenzt. Der Zuschuß ist – wie bisher – eine Kann-Leistung.

Zu Absatz 2

Die Regelungen über die Prüfung durch den Medizinischen Dienst, die Leistungsdauer und den Dreijahresturnus, die für ambulante Rehabilitationskuren gelten, sind auch auf Mütterkuren anzuwenden.

Zu § 41 – Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 182 d RVO), legt aber jetzt auch einen Nachrang der Leistungspflicht der Krankenkassen in den Fällen des § 1305 Abs. 1 RVO (§ 84 Abs. 1 AVG, § 97 Abs. 1 RKG) fest, da für eine unmittelbare Leistungspflicht der Krankenkassen kein Bedürfnis besteht. Es richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles, welcher Leistungserbringer für die Belastungserprobung und Arbeitstherapie herangezogen wird; in vielen Fällen bietet sich die Inanspruchnahme geeigneter Einrichtungen nach § 115 Abs. 2 an.

Zu § 42 – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 193 RVO). Die Änderung des Wortes „Rehabilitationssport“ in Nummer 1 ist redaktioneller Natur. Die Vorschrift enthält nach wie vor keine Ermächtigung für die Zahlung von pauschalen Zuwendungen z. B. an Sportvereine, sondern geht von einem Leistungsanspruch des einzelnen Versicherten aus, der allerdings durch Pauschalsätze vergütet werden kann.

Die Vorschrift ist auch auf psychisch Kranke anzuwenden. Dabei ist zu beachten, daß nur solche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen, die zu ihrem Aufgabenbereich gehören (siehe auch die Begründung zu § 11 Abs. 2). Dies soll die Einfügung von „oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung“ in Nummer 2 verdeutlichen (vgl. § 29 Abs. 1 Nr. 3 SGB I). Psychosoziale Hilfen fallen deshalb nicht unter § 42.

Zum Zweiten Titel – Krankengeld

Zu § 43 – Krankengeld

Zu Absatz 1 und 3

Die Regelungen fassen Krankengeldvorschriften des geltenden Rechts zusammen (§§ 182 Abs. 1 Nr. 2, 186 Abs. 1, 200f RVO).

Zu Absatz 2

Absatz 2 übernimmt inhaltlich die Regelung des § 215 RVO. Sie ermöglicht es der Krankenkasse, den Anspruch auf Krankengeld für freiwillig Versicherte auszuschließen oder später beginnen zu lassen. Das wird insbesondere für solche Personen in Betracht kommen, die nicht erwerbstätig sind und deshalb keinen Verdienstaustausch haben oder bei denen erst bei längerer Arbeitsunfähigkeit ein Bedürfnis für die Zahlung von Krankengeld besteht.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift weist zur Information auf arbeitsrechtliche Regelungen hin. Sie hat keine eigenständige materiellrechtliche Bedeutung.

Zu § 44 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Die Vorschrift übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des § 185c RVO, beschränkt aber den Anspruch auf Krankengeld in Absatz 1 Satz 1 auf die Fälle, in denen das erkrankte Kind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 versichert ist.

Eine Heraufsetzung der Altersgrenze des Kindes und eine längere Krankengeldbezugszeit sind wegen der finanziellen Auswirkungen nicht vertretbar.

Zu § 45 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§§ 182 Abs. 3 und 186 RVO) mit redaktionellen Änderungen. Die Sonderregelung über das Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wird nicht übernommen, weil – wenn auch mit einer zeitlichen Verzögerung – die Krankenversicherung in diesen Fällen nicht mehr leistet (vgl. § 11 Abs. 3). Außerdem hat die Regelung über den Beginn des Krankengeldes wegen des Anspruchs auf Lohn- und Gehaltsfortzahlung kaum praktische Bedeutung. Wenn infolge eines Arbeitsunfalls sogleich ein Verdienstausfall eintreten sollte, stellt das Recht der Unfallversicherung (§ 560 RVO) die Zahlung von Verletztengeld sicher.

Zu § 46 – Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 182 Abs. 4 bis 9 RVO, § 479) mit redaktionellen Änderungen. Die Einfügung der Worte in Absatz 1 Satz 2: „bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechnete“ verdeutlicht, daß auch bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts so vorzugehen ist, wie es für die Berechnung des Bruttoarbeitsentgelts vorgesehen ist.

Durch den neu eingefügten Absatz 3 soll es der Krankenkasse ermöglicht werden, besondere Arbeitsformen (z. B. Job sharing) beim Krankengeld zu berücksichtigen. Da die Fallgestaltungen sehr vielfältig sind, würden abschließende gesetzliche Regelungen den praktischen Bedürfnissen nicht hinreichend entsprechen. Dies kann aber durch flexible Satzungsregelungen erreicht werden, die auf den Zweck des Krankengeldes abstellen.

Zu § 47 – Dauer des Krankengeldes**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift übernimmt das geltende Recht (§ 183 Abs. 2 RVO).

Zu Absatz 2

Das Wiederaufleben des Anspruchs auf Krankengeld wegen derselben Krankheit nach Ablauf der dreijährigen Blockfrist wird eingeschränkt. Den im geltenden Recht enthaltenen Anreiz, das Krankengeld als eine nur unterbrochene Dauerleistung mit Rentenersatzfunktion in Anspruch zu nehmen, wird beseitigt. Nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums besteht künftig ein Anspruch auf Krankengeld nur dann, wenn zwischen dem Ablauf des Krankengeldes nach 78 Wochen und dem erneuten Eintritt von Arbeitsunfähigkeit ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegt, in dem die Versicherten nicht wegen der bisherigen Krankheit arbeitsunfähig und außerdem entweder erwerbstätig waren oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung standen. Der Zeitraum von sechs Monaten muß nicht ununterbrochen verlaufen sein, er kann sich auch aus mehreren Teilabschnitten zusammensetzen. Außerdem ist Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld, daß die bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit bestehende Versicherung den Anspruch auf Krankengeld einschließt. Dadurch wird sowohl für die Bezieher der in § 49 genannten Leistungen (z. B. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, Alters- und Ruhegeld) als auch für freiwillig Versicherte, deren Anspruch auf Krankengeld durch die Satzung ausgeschlossen ist, auch bei Wiedererkrankungen kein Krankengeld gezahlt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift nimmt schon bisher geltende Grundsätze zur Leistungsdauer in das Gesetz auf.

Zu § 48 – Ruhen des Krankengeldes

Die Vorschrift entspricht bis auf Nummer 4 dem geltenden Recht. Nummer 4 bezieht ergänzend zu Nummer 3 auch ausländische Entgeltersatzleistungen (und ggf. solche Leistungen aus der DDR) in die Ruhenregelung ein, um auch insoweit eine Doppelleistung zu vermeiden. Nummer 5 entspricht § 216 Abs. 3 Satz 1 RVO. Eine Ausnahmeregelung, wie sie § 216 Abs. 3 Satz 2 RVO enthält, ist nicht mehr erforderlich.

Zu § 49 – Wegfall und Kürzung des Krankengeldes

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht.

Zu Absatz 1

Satz 1 Nr. 1 und 3 entspricht mit redaktionellen Änderungen § 183 Abs. 3 Satz 1 RVO. Die Nummern 2 und 4 beziehen Ruhegehalt für Beamte und entsprechende ausländische Altersruhegeldleistungen (oder ggf. solche aus der DDR) in die Vorschrift ein. Satz 2 entspricht § 183 Abs. 3 Satz 2 RVO.

Satz 3 ist neu und enthält eine ergänzende Regelung für den Ausgleich überzahlten Krankengeldes bei gleichzeitig ausgezahltem ausländischen Altersruhegeld.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht § 183 Abs. 5 RVO und erfaßt zugleich auch Leistungen aus der Altershilfe für Landwirte, die nur eine Teilsicherungsfunktion haben, sowie der Rechtsprechung folgend die Knappschaftsausgleichsleistung nach § 98 a RKG. Aus Gründen der Gleichbehandlung wird das Krankengeld auch gekürzt, wenn aus dem Ausland oder der DDR eine der Berufsunfähigkeitsrente oder den anderen genannten Leistungen vergleichbare Geldleistung bezogen wird.

Zu § 50 — Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Rehabilitation

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Änderungen § 183 Abs. 7 und 8 RVO. Für die Maßnahmen zur Rehabilitation können verschiedene Träger in Betracht kommen. Absatz 1 Satz 1 enthält deshalb nicht mehr die Verpflichtung, den Rehabilitationsantrag beim Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu stellen, wenn dies auch weiterhin die Regel sein wird.

Neu ist die Regelung in Absatz 1 Satz 2. Sie soll verhindern, daß als erwerbsunfähig anzusehende Versicherte, die wegen ihres Aufenthalts außerhalb des Bundesgebietes keine Rehabilitationsmaßnahmen von der Rentenversicherung erhalten (§ 1237 c RVO) und deren Antrag auf diese Maßnahmen nicht als Rentenantrag angesehen wird, gegenüber anderen Versicherten bessergestellt werden. Die Krankenkasse soll dann die Versicherten zur Rentenantragstellung auffordern können.

Zum Dritten Titel — Leistungsbeschränkungen**Zu § 51 — Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden**

Nach § 192 RVO kann Versicherten das Krankengeld gekürzt oder versagt werden, wenn sie sich ihre

Krankheit vorsätzlich zugezogen haben. Diese Vorschrift wird unter Berücksichtigung des in § 1 festgelegten Grundsatzes der Eigenverantwortung des Versicherten deutlicher gefaßt und erweitert. Die Möglichkeit der Leistungsbeschränkung soll auch dann bestehen, wenn die Krankheit auf ein vom Versicherten begangenes Verbrechen oder vorsätzlich begangenes Vergehen zurückzuführen ist, ohne daß sich der Vorsatz auf die Krankheit selbst erstrecken muß. Die Krankenkasse soll nicht nur das Krankengeld ganz oder teilweise versagen, sondern die Versicherten auch an Kosten für andere Leistungen in angemessener Höhe beteiligen können.

Bei ihrer Entscheidung soll sich die Krankenkasse unter Abwägung der Umstände des Einzelfalles mit den wohlverstandenen Interessen der Versichertengemeinschaft daran orientieren, ob und in welchem Umfang die Leistungsbeschränkung dem Versicherten oder die uneingeschränkte Leistungserbringung der Krankenkasse zuzumuten ist. Dabei sind insbesondere der Grad des Verschuldens, die Höhe der Aufwendungen der Krankenkasse, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten und seine Unterhaltspflichten zu berücksichtigen.

Zum Sechsten Abschnitt — Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

Die Leistungen des Sechsten Abschnitts sind neu. Mit der häuslichen Pflegehilfe, den Leistungen bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson und der Geldleistung bei Selbstversorgung trägt die GKV wesentlich zur besseren Versorgung der Schwerpflegebedürftigen im häuslichen Bereich bei. Sie unterstützt und entlastet sowohl die Pflegebedürftigen als auch die pflegenden Angehörigen spürbar, ohne deren Eigenverantwortung zu schmälern. Die Leistungen werden gezielt auf den häuslichen Bereich konzentriert, weil Pflegebedürftige möglichst in der ihnen vertrauten Umgebung versorgt werden sollen. Deshalb sind Fähigkeit und Bereitschaft der Angehörigen zur häuslichen Pflege zu stärken. Zugleich wird davon ausgegangen, daß die häusliche Pflege zu einer Entlastung der Krankenhäuser von Fehlbelegungen durch Pflegefälle führt bzw. den Anreiz vermindert, Schwerpflegebedürftige in das Krankenhaus einzuweisen, ohne daß die Voraussetzungen für Krankenhausbehandlung (§ 38) vorliegen.

Die finanzielle Belastung der GKV muß jedoch auch hier in vertretbaren Grenzen gehalten werden. Aus diesem Grund ist der Umfang der Hilfe, die monatlich in Anspruch genommen werden kann, nach oben genau begrenzt.

Dieser Beitrag der GKV zur Lösung des Pflegeproblems macht deutlich, daß Staat und Gesellschaft die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nicht allein lassen. Mit ihm hat die GKV das ihr im Rahmen ihrer Aufgabenstellung Erforderliche und finanziell Zumutbare geleistet. Weitere Schritte, die zur vollständigen und insgesamt befriedigenden sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen noch erforderlich sind, müssen außerhalb der GKV getan werden. Dafür muß noch ein Gesamtkonzept entwickelt werden.

Zu § 52 — Personenkreis

Zu Absatz 1

Die neuen Leistungen kommen den zu Hause versorgten Schwerpflegebedürftigen zugute. Die Bestimmung dieses Personenkreises und seine Abgrenzung von den übrigen Pflegebedürftigen erfolgen nach dem erforderlichen Pflegeaufwand. Absatz 1 stellt außerdem klar, daß der Anspruch auf Pflegeleistungen nicht vom Vorliegen einer Krankheit abhängt; eine Behinderung genügt. Damit werden Auseinandersetzungen über die Frage, ob ein Versicherter lediglich schwerpflegebedürftig oder auch krank ist, vermieden; im übrigen dürften die meisten Schwerpflegebedürftigen auch krank sein.

Die gesetzliche Definition der Schwerpflegebedürftigen in Absatz 1 erfaßt Personen, die sich in ihrem Alltag nahezu in allen Bereichen nicht selbst versorgen können, sondern auf ständige, intensive Pflege und in der Regel auch auf hauswirtschaftliche Versorgung angewiesen sind. Dies schließt nicht aus, daß auch Schwerpflegebedürftige in einzelnen Gebieten noch in begrenztem Umfang Aktivitäten entfalten können. Dauernde Bettlägerigkeit wird nicht vorausgesetzt, da dieses Erfordernis den auch bei Pflegebedürftigen nicht zu vernachlässigenden Rehabilitationsbemühungen entgegenwirken könnte.

Die Definition übernimmt Elemente aus den Regelungen in § 35 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und § 69 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), jedoch nicht die dortigen Bestimmungen des Grades der Pflegebedürftigkeit. Die Regelungen des § 69 BSHG folgen in der groben Abstufung der schweren Pflegefälle den Formulierungen des § 35 BVG. Dort ist die Geldleistung nach 6 Pflegestufen gestaffelt. Diese Differenzierung richtet sich auch nach der Entstehung und der Art der Behinderung des leistungsberechtigten Personenkreises. Die Krankenversicherungsleistungen zielen hingegen auf eine begrenzte Unterstützung der häuslichen Pflege in allen schweren Fällen. Deshalb ist weder eine so differenzierte Abstufung erforderlich noch eine sehr enge Anbindung der Leistung an eine bestimmte Behinderungsart angezeigt, zumal von der Behinderung nicht immer auf den geforderten Grad der Hilflosigkeit geschlossen werden kann. Aus diesem Grunde wurden die Formulierungen des Entschädigungsrechts („in erheblichem Umfang“, „außergewöhnliche Pflege“) nicht übernommen. Liegt eine im Entschädigungsrecht berücksichtigte Behinderung vor, kann die dort geübte langjährige Praxis ebenso wie die Praxis im Sozialhilferecht Anhaltspunkte für die Bestimmung und Abgrenzung der Schwerpflegebedürftigen im Sinne des Absatzes 1 bieten. Dabei ist diese Bestimmung enger als die Voraussetzungen der Stufe III und weiter als die Voraussetzungen der Stufe VI in § 35 Abs. 1 BVG anzusehen. Die Anforderungen des § 35 Abs. 1 Satz 2 BVG und des § 69 Abs. 4 Satz 1, 2. Halbsatz BSHG für die erhöhte Pflegezulage bzw. das erhöhte Pflegegeld dürften in der Mehrzahl der Fälle den Anforderungen des Absatzes 1 entsprechen.

Die Entscheidungspraxis bei den häuslichen Pflegeleistungen im Unfallversicherungsrecht (§ 558 RVO)

kann ebenfalls zur Einzelfallentscheidung herangezogen werden; dabei ist zu berücksichtigen, daß die Regelung des § 558 RVO nicht nur Schwerpflegebedürftige im Sinne des Absatzes 1 erfaßt.

Vor- und Nachrang der Leistungsvorschriften des Versorgungsrechts, des Bundessozialhilfegesetzes und des Unfallversicherungsrechts sowie landesrechtlicher Pflegegesetze im Verhältnis zu den neuen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts richten sich nach den dort getroffenen Bestimmungen.

Zu Absatz 2

Nach dieser Regelung hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen in jedem Einzelfall das Vorliegen der Schwerpflegebedürftigkeit zu überprüfen. Dabei soll er in der Regel den Pflegebedürftigen in dessen häuslichen Bereich untersuchen und nicht nach Aktenlage entscheiden. In eindeutigen Fällen ist allerdings keine persönliche Untersuchung erforderlich. Dies gilt grundsätzlich auch bei der Wiederholung der Überprüfung. Die Mitwirkung des Medizinischen Dienstes ist insbesondere wegen der finanziellen Bedeutung der Leistung erforderlich. Der Medizinische Dienst hat auch darauf hinzuwirken, daß in geeigneten Fällen Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verringern.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, daß der umfassendere Anspruch auf häusliche Krankenpflege (§ 36) den Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 52 Abs. 1 und § 55 sowie auf die an ihrer Stelle gezahlte Geldleistung (§ 56) verdrängt.

Zu Absatz 4

Um eine einheitliche Verwaltungspraxis zu erreichen, verpflichtet die Regelung die Spitzenverbände der Krankenkassen, unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten in Richtlinien nähere Bestimmungen über die Abgrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises zu treffen. Dabei sollten sie Hinweise zu den Voraussetzungen von Schwerpflegebedürftigkeit geben und Fallgruppen bilden, etwa Querschnittgelähmte, ständig Bettlägerige, Personen mit schweren psychischen und physischen Störungen, Hochbetagte oder Gebrechliche, die sich nicht mehr aus eigener Kraft bewegen können. Die Fallgruppen sollten nach dem zu erwartenden Pflegeaufwand gebildet werden. Bei der Einzelentscheidung der Krankenkasse kommt es darüber hinaus auf die besondere Situation des einzelnen Pflegebedürftigen an. Die Krankenkasse hat ihre Entscheidung unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu treffen.

Zu § 53 – Anspruchsvoraussetzungen

Die Aufwendungen für die häusliche Pflegehilfe belasten die Krankenkassen in hohem Maße. Deshalb erhalten nur diejenigen Versicherten diese Leistung, die zuvor über einen längeren Zeitraum der Solidargemeinschaft angehört haben.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift legt als Leistungsvoraussetzung ebenso wie bei der Krankenversicherung der Rentner (§ 5 Abs. 1 Nr. 11) eine längere Versicherung in der GKV und eine Wartezeit fest. Beide Voraussetzungen müssen nebeneinander erfüllt sein. Maßgebend ist der Zeitpunkt der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, nicht deren ggf. schon früher erfolgter Eintritt. Dabei kann es sich nur um einen nach dem Inkrafttreten dieser Regelung (1. Januar 1989) liegenden Zeitpunkt handeln.

Zu Absatz 2

Die Regelung berücksichtigt die Fälle, in denen mangels Ausübung einer Erwerbstätigkeit die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht erfüllt werden können. Dies gilt insbesondere für erwerbsunfähige Schwerbehinderte. Für Kleinkinder, die die Voraussetzungen des Satzes 1 in aller Regel nicht erfüllen können, enthält Satz 2 eine Sonderbestimmung. Auch Kleinstkinder vor Vollendung des 1. Lebensjahres können häusliche Pflegehilfe erhalten, soweit sie einer Pflege bedürfen, die erheblich über die übliche Pflege eines Kleinstkindes hinaus geht.

Zu § 54 – Inhalt der Leistung

Die Regelung verdeutlicht Ziel und Grenzen der häuslichen Pflegehilfe. Die Krankenkassen sollen einen Beitrag zur häuslichen Versorgung der Schwerpflegebedürftigen leisten und dadurch die pflegenden Angehörigen oder sonstige Nahestehende entlasten. Die Leistungen der Krankenkassen können und sollen hingegen die persönliche Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen nicht ersetzen. Deshalb bieten die Krankenkassen eine ergänzende und zeitlich begrenzte Leistung an. Es handelt sich bei der Pflegehilfe grundsätzlich um eine Sachleistung, mit der auch das persönliche Engagement und die Pflegebereitschaft insbesondere der Familienangehörigen erhalten werden sollen.

Zu Absatz 1

Satz 1 und 2 beschreiben Zweck und Ziel der Leistung. Die Leistung kann nur im Haushalt oder in der Familie des schwerpflegebedürftigen Versicherten erbracht werden. Ist der Versicherte außerhalb dieser häuslichen Umgebung untergebracht (z. B. in einem Pflegeheim), kann die Leistung nur erbracht werden,

wenn der Ausnahmetatbestand des § 55 Satz 2 vorliegt.

Satz 3 regelt Inhalt und Umfang des Anspruchs. Häusliche Pflegehilfe ist eine Gesamtleistung, die aus Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht und in zeitlich begrenzten Pflegeeinsätzen erbracht wird. Wie die Pflegezeit auf diese Leistungselemente aufgeteilt wird und in welcher Art und Weise die einzelnen Pflegeeinsätze geleistet werden, richtet sich nach den Erfordernissen der konkreten Versorgungssituation des einzelnen Schwerpflegebedürftigen. Für Dauer und Anzahl der Pflegeeinsätze sind gesetzliche Obergrenzen festgelegt, um die Kostenbelastung der Krankenkassen zu begrenzen.

Satz 4 stellt klar, daß die Pflegeeinsätze flexibel abgerufen werden können, also nicht auf einen Einsatz täglich beschränkt sind: Schwerpflegebedürftige haben ein monatliches „Guthaben“ von bis zu 25 Pflegeeinsätzen.

Der Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln bleibt unberührt und richtet sich nach den dafür maßgebenden Vorschriften.

Zu Absatz 2

Aus finanziellen Gründen kann die Leistung von der Krankenkasse erst ab 1. Januar 1991 erbracht werden.

Zu § 55 – Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Die Vorschrift will insbesondere die pflegenden Angehörigen entlasten und verhindern, daß Schwerpflegebedürftige bei Ausfall der Pflegeperson ersatzweise in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Angehörige, Lebensgefährten oder sonstige Personen, die einen Schwerpflegebedürftigen nicht berufsmäßig versorgen, können vorübergehend verhindert sein, diese Aufgabe zu erfüllen (z. B. durch Urlaub, Krankheit, Entbindung oder Kur). Für eine Höchstdauer von 4 Wochen im Kalenderjahr übernimmt dann die Krankenkasse die ausfallenden familiären Hilfeleistungen. Der Gesamtanspruch umfaßt während dieser Zeit die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in dem erforderlichen Umfang. Er ist damit nicht auf 25 Einsätze begrenzt.

Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Versicherte während dieser Zeit vorübergehend außerhalb seines Haushalts oder seiner Familie gepflegt wird. Ist eine Pflege zu Hause nicht möglich, übernimmt die Krankenkasse die Kosten einer Pflege, gegebenenfalls auch in einem Pflegeheim, jedoch nicht in einem Krankenhaus. Höhere Kosten, als sie bei einer häuslichen Pflege im Rahmen dieser Vorschrift angefallen wären, dürfen jedoch nicht übernommen werden.

Die Leistung wird von den Krankenkassen ab 1. Januar 1989 erbracht.

Zu § 56 – Geldleistung

Anstelle der Sachleistung häusliche Pflegehilfe (§ 54) kann die Krankenkasse eine Geldleistung erbringen, wenn der Schwerpflegebedürftige seine Pflege selbst sicherstellt.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte eine Geldleistung beantragen kann. Die familiäre oder fremde Pflegekraft muß in der Lage sein, die benötigte Pflege zu leisten, und in einem auch zeitlich ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Die Krankenkasse hat das Vorliegen dieser Voraussetzung in geeigneter Weise zu prüfen. Die Pflegekraft muß die gesamte Pflege übernehmen und nicht nur eine im Umfang der häuslichen Pflegehilfe anfallende Leistung. Abstufungen im Geldbetrag nach dem Umfang der erforderlichen Pflege sind nicht vorgesehen.

Um sozialpolitisch unerwünschte Mitnahmeeffekte zu vermeiden, erscheint eine Geldleistung von 400 DM monatlich angemessen und ausreichend. Kein Anspruch auf die Geldleistung besteht bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege (§ 36), Krankenhausbehandlung und anderen Formen stationärer Versorgung sowie während der Leistung nach § 55.

Zu Absatz 2

Die Regelung legt im Interesse des Pflegebedürftigen und zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten fest, daß die Geldleistung nur beansprucht werden kann, wenn die Pflegekraft selbst ausreichend Zeit hat, die Pflege durchzuführen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegekraft ein Angehöriger des Pflegebedürftigen ist oder eine fremde Person. Eine halbschichtige Erwerbstätigkeit der Pflegeperson ist unschädlich für den Anspruch auf die Geldleistung. Deshalb kann auch eine Berufspflegekraft bis zu zwei Schwerpflegebedürftige versorgen, ohne daß dies den Anspruch berührt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt den Fall, daß ein Geldleistungsanspruch nicht für den ganzen Kalendermonat besteht, z. B. weil der Schwerpflegebedürftige einige Tage vollstationär versorgt werden muß oder während des Monats stirbt.

Die Regelung ist nicht auf die Sachleistung anzuwenden.

Zu Absatz 4

Aus finanziellen Gründen kann die Leistung von der Krankenkasse erst ab 1. Januar 1991 erbracht werden.

Zum Siebten Abschnitt – Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft**Zu § 57 – Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe**

Die Vorschrift übernimmt mit redaktionellen Änderungen die §§ 196 und 197 RVO. Absatz 2 Satz 2 schließt die Anwendung der Vorschriften über die Zuzahlung der Versicherten bei Inanspruchnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln aus.

Zu § 58 – Stationäre Entbindung

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Änderungen § 199 Abs. 1 RVO. Die Leistung ist wie nach geltendem Recht keine Krankenhausbehandlung nach § 38, so daß für die Zeit dieses Leistungsanspruchs ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung und eine Verpflichtung zur Zuzahlung nicht bestehen. Muß die Versicherte aus medizinischen Gründen länger im Krankenhaus behandelt werden, sind die für die Krankenhausbehandlung maßgeblichen Vorschriften anzuwenden und die Kosten ggf. von der Krankenkasse zu tragen.

Zu § 59 – Häusliche Pflege

Versicherte erhalten einen Anspruch auf häusliche Pflege bei Schwangerschaft oder Entbindung. § 199 Abs. 2 RVO sieht bisher lediglich als Kann-Leistung die Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen vor. Das Mutterschaftsgeld soll während dieser Leistung nicht mehr bis zur Hälfte einbehalten werden können.

Zu § 60 – Haushaltshilfe

Die Vorschrift gibt einen Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn wegen Schwangerschaft oder Entbindung der Haushalt nicht weitergeführt werden kann. Damit wird die Regelung des § 185 b Abs. 1 und Abs. 3 RVO insoweit übernommen; aus der Satzungsleistung wird jedoch eine Pflichtleistung. Der Anspruch setzt nicht mehr voraus, daß in dem Haushalt ein Kind unter acht Jahren oder ein behindertes Kind lebt. Die Krankenkasse hat die Leistung sowohl bei einer stationären Entbindung als auch bei Hausgeburten oder frühzeitiger Rückkehr der Versicherten aus dem Krankenhaus oder einer anderen Entbindungseinrichtung zu erbringen.

Zu § 61 – Mutterschaftsgeld

Die Vorschrift faßt mit redaktionellen Änderungen die Regelungen der §§ 200 und 200 a RVO zusammen. Durch die Neufassung wird sichergestellt, daß die anspruchsberechtigten Frauen auch dann eine Gesamtleistung in Höhe ihres durchschnittlichen Nettoverdienstes erhalten, wenn kein Arbeitgeberzuschuß zu dem auf höchstens 25 DM begrenzten Mutterschafts-

geld gezahlt wird. Damit wird die durch höchstrichterliche Rechtsprechung geschaffene Rechtslage in die Vorschrift übernommen. Der Mindestbetrag von 3,50 DM täglich wird nicht übernommen, weil dafür kein praktisches Bedürfnis besteht.

Absatz 2 Satz 5 hat informatorischen Charakter und ist keine eigenständige materielle Rechtsnorm, der Hinweis betrifft § 14 Mutterschutzgesetz.

Zu § 62 – Ruhen des Mutterschaftsgeldes

Die Vorschrift übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des § 200 c RVO. Die in § 200 c Abs. 1 RVO enthaltene Regelung wurde aus systematischen Gründen nach § 48 Nr. 3 übernommen.

Zu § 63 – Bundeszuschuß

Die Vorschrift übernimmt die Regelung des § 200 d RVO.

Zu § 64 – Entbindungsgeld

Der Anspruch auf einmaliges Mutterschaftsgeld nach § 200 b RVO wird übernommen. Um Verwechslungen mit dem laufenden Mutterschaftsgeld (§ 61) auszuschließen, wird die Leistung in „Entbindungsgeld“ umbenannt. Den nach § 10 versicherten Familienangehörigen steht der Anspruch in derselben Höhe zu wie Mitgliedern.

Der nach § 198 RVO bei Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen zu zahlende Pauschbetrag von 100 DM soll nicht mehr gezahlt werden, weil er in dieser Höhe keinen Anreiz für eine umfassende Vorsorge der werdenden Mutter bietet. Er hätte beträchtlich erhöht werden müssen, um einen wirksamen Anreiz zu schaffen. Dies ist aber aus finanziellen Gründen derzeit nicht möglich.

Zum Achten Abschnitt – Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft

Zu § 65 – Beratung zur Empfängnisregelung

Die Vorschrift übernimmt § 200 e RVO.

Zu § 66 – Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Die Vorschrift übernimmt mit redaktionellen Änderungen die Regelung des § 200 f RVO. Der Anspruch auf Krankengeld ist in § 43 Abs. 3 geregelt.

Zu § 67 – Anwendbare Vorschriften

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Änderungen der Regelung des § 200 g RVO. Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden, wie sie bislang nach § 192 RVO und künftig nach § 51 möglich sind, sollen bei Leistungen nach dem Achten Abschnitt nicht vorgenommen werden können.

Zum Neunten Abschnitt – Fahrkosten

Zu § 68 – Fahrkosten

Die Ausgaben der GKV für Fahrkosten haben einen Umfang erreicht, der finanziell nicht mehr vertretbar ist. Im Hinblick auf den hohen Grad der Motorisierung, das zumindest im städtischen Bereich dichte Netz öffentlicher Verkehrsmittel und die offenbar weitgehend unkritische Verordnung von Krankenfahrten zu Lasten der Krankenkassen durch Ärzte und Krankenhäuser machen Einschränkungen zwingend erforderlich. Dies gilt insbesondere für Fahrten zur ambulanten Behandlung. Deren Kosten werden künftig nur noch in Ausnahmefällen übernommen.

Zu Absatz 1

Die Regelung stellt klar, daß Fahrkosten durch die Krankenkasse nur übernommen werden, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung notwendig sind. Ist eine Fahrt notwendig, darf die Krankenkasse nur die Kosten des Transportmittels übernehmen, das im Einzelfall aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wer ein teureres Transportmittel in Anspruch nimmt, hat die über den Kostenanteil der Krankenkasse hinausgehenden Kosten selbst zu tragen. Die Härteklausele (§ 69) darf insoweit nicht in Anspruch genommen werden. Welche Fahrkosten in welchem Umfang von der Krankenkasse übernommen werden können, richtet sich nach den Absätzen 2 und 3.

Bei der Beurteilung des notwendigen Transportmittels ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Abweichend vom geltenden Recht wird die Kostenübernahme auf die reinen Fahrkosten beschränkt. Kosten der Übermacht und des Gepäcktransports werden nicht mehr übernommen (Ausnahme s. Absatz 4 Satz 2).

Unter Fahrkosten sind die Kosten der Fahrt mit einem privaten Kraftfahrzeug (siehe die Sonderregelung in Absatz 3 Satz 2) ebenso zu verstehen wie die Kosten bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, von Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Rettungsfahrzeugen (auch Luft- und Wasserfahrzeuge).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt fest, welche der notwendigen Fahrkosten die Krankenkasse übernimmt. Dies sind bei Leistungen, die vollstationär erbracht werden (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Krankenhausbehandlung, stationäre Entbindung),

die 20 DM je einfache Fahrt übersteigenden Fahrkosten (Nummer 1). Bei allen übrigen Leistungen, insbesondere bei ambulanter ärztlicher Behandlung, hat der Versicherte die Fahrkosten selbst zu tragen (Nummer 2). Dies gilt auch für von der Krankenkasse veranlaßte Leistungen. Die Fahrkosten werden stets im notwendigen Umfang voll übernommen, wenn die Voraussetzungen des § 69 vorliegen. Sie werden in dem die zumutbare Eigenbelastung übersteigenden notwendigen Umfang übernommen, soweit § 70 dies vorsieht.

Zu Absatz 3

Die Regelung legt fest, in welchem Umfang notwendige Fahrkosten von der Krankenkasse übernommen werden. Sie soll ebenfalls erreichen, daß das wirtschaftlichste Transportmittel in Anspruch genommen wird. Der nach § 142 berechnungsfähige Preis ist bei Vereinbarungen nach § 142 Abs. 1 der vertraglich vereinbarte Preis, im Fall landes- oder kommunalrechtlicher Festlegung (§ 142 Abs. 2) der von den Krankenkassen festgelegte Festbetrag. Die §§ 69 und 70 sind auf den den Festbetrag übersteigenden Betrag nicht anzuwenden.

Satz 2 trifft eine Sonderregelung für die Benutzung privater Kraftfahrzeuge. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um das Fahrzeug des Versicherten oder einer anderen Privatperson handelt.

Zu Absatz 4

Kosten des Rücktransports bei Erkrankungen während des Urlaubs im Ausland werden von den Krankenkassen entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schon bisher nicht übernommen. Absatz 4 verallgemeinert diese Praxis für alle Versicherungsfälle, die außerhalb des Geltungsbereichs des 5. Buches SGB eingetreten sind. Die davon abweichenden Sonderregelungen in § 16 Abs. 5, §§ 17 und 18 bleiben unberührt.

Zum Zehnten Abschnitt — Härtefälle

Zu § 69 — Vollständige Befreiung

Die Vorschrift ist neu. Sie faßt die bisher im Krankenversicherungsrecht verstreuten und in das Ermessen der einzelnen Krankenkassen gestellten Härtefallregelungen zusammen und regelt sie abschließend für alle Kassen und Kassenarten gleichermaßen verbindlich. Dadurch soll erreicht werden, daß alle Kassen gleiche Maßstäbe anwenden und die Härtefallregelungen nicht als Mittel des Wettbewerbs einsetzen.

Zu Absatz 1

Nach dieser Vorschrift sind von den Versicherten keine Zuzahlungen zu leisten, wenn sie dadurch finanziell unzumutbar belastet würden. Die Befrei-

ungsregelung erstreckt sich auf Zuzahlungen zu Leistungen der stationären Prävention und Rehabilitation sowie auf die von den Versicherten zu tragenden Fahrkosten und ihren Anteil bei der Versorgung mit Zahnersatz. Für die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln sowie zu Heilmitteln gilt ausschließlich die Härtefallregelung des § 70.

Für die Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung ist wegen ihres begrenzten finanziellen Umfangs — wie im geltenden Recht — eine Härtefallregelung nicht vorgesehen. Dies gilt auch für den in Absatz 2 genannten Personenkreis. Soweit Versicherte aufwendigere Leistungen als notwendig in Anspruch nehmen (z. B. bei Zahnersatz), erstreckt sich die Härtefallregelung nur auf die notwendige Leistung. Mehraufwendungen im Zusammenhang mit einem Festbetrag (§ 142 Abs. 2) fallen nie unter die Härtefallregelung. Die Mehrkosten sind in vollem Umfang vom Versicherten zu tragen.

Zu Absatz 2 und 3

Diese Vorschriften regeln, wann eine unzumutbare Belastung vorliegt und welche Einnahmen dabei zu berücksichtigen sind. Auszugehen ist stets von den durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinnahmen, die rasch und unbürokratisch festgestellt werden können. Einnahmen zum Lebensunterhalt sind — wie schon im geltenden Recht (§ 180 Abs. 4 RVO) — die persönlichen Einnahmen, die dem tatsächlichen Lebensunterhalt dienen, also die Einnahmen, die der typischen Funktion des Arbeitsentgelts beim Pflichtversicherten entsprechen. Dazu gehören nicht zweckgebundene Zuwendungen (z. B. zur Abdeckung eines Mehrbedarfs wie Pflegegeld, Blindenzulage oder Kindergeld). Auf die dazu entwickelte Rechtsprechung und Praxis kann zurückgegriffen werden.

Absatz 2 geht davon aus, daß die davon betroffenen Personen wegen ihrer geringen Mittel nicht in der Lage sein werden, die in Absatz 1 genannten Zuzahlungen zu leisten. Es genügt, wenn ein Versicherter die Voraussetzung einer der drei Gruppen in Absatz 2 erfüllt.

Nummer 1 legt in Anlehnung an in der Praxis verwendete Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen einen Betrag fest, bei dessen Unterschreitung stets eine unzumutbare Belastung angenommen wird. Der Betrag für einen alleinstehenden Versicherten (Wert für 1988: 1 232 DM monatlich) erhöht sich um die in Absatz 4 festgelegte Familienkomponente. Es spielt keine Rolle, ob der Versicherte Sozialhilfe erhält oder in Anspruch nehmen könnte.

Nummer 2 nimmt eine unzumutbare Belastung bei den Beziehern bestimmter Sozialleistungen an, bei denen Bedürftigkeit vorliegen muß.

Nummer 3 geht von der Unzumutbarkeit für die gleichfalls einkommensschwachen Bewohner insbesondere von Alten- und Pflegeheimen aus.

Absatz 3 stellt auf den Gedanken der wirtschaftlichen Gemeinschaft von Personen ab. Die in einem gemeinsamen Haushalt mitlebenden Angehörigen müssen

also nicht Mitglied der GKV sein. Die Ausnahmeregelung in Satz 2 berücksichtigt, daß Grundrenten für Beschädigte — anders als für Hinterbliebene — nicht zur Deckung des Lebensunterhalts dienen, sondern schädigungsbedingte Mehraufwendungen abdecken sollen, die von der Krankenbehandlung unabhängig sind. Gleiches gilt für bestimmte Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz.

Zu Absatz 4

Die Familienkomponente berücksichtigt die mit der Familiengröße wachsende Belastung, wobei für den Ehegatten ein höherer Zuschlag (Wert für 1988: 462 DM monatlich) angesetzt wird als für die übrigen Haushaltsmitglieder (Wert für 1988: 308 DM monatlich). Auch hier spielt es keine Rolle, ob die übrigen Haushaltsmitglieder oder der Ehegatte in der GKV versichert sind. Der höhere Zuschlag gilt allerdings nur für den Ehegatten, nicht für andere mit dem Versicherten in einem eheähnlichen Verhältnis lebende Personen.

Zu § 70 — Teilweise Befreiung

Die Vorschrift ist neu. Sie enthält eine Härtefallregelung für die Zuzahlung bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln und für Fahrkosten. Für alle anderen Zuzahlungen und Eigenanteile gelten — soweit sie nicht, wie die Fahrkosten, auch von § 69 erfaßt werden — keine Härteklausein. Sie müssen vom Versicherten voll getragen werden. Mehraufwendungen im Zusammenhang mit Festbeträgen (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln) führen nicht zur Anwendung der Härtefallregelung.

Zu Absatz 1

Nach dieser Vorschrift kommt eine Kostenübernahme nur in Betracht, soweit es sich um Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie um Eigenanteile des Versicherten an den Fahrkosten handelt, die insgesamt während des Kalenderjahres einen als zumutbar angesehenen Teil der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen. Auch hier wird bei der Ermittlung des Bruttoeinkommens und des darauf anzuwendenden Vorhundertssatzes von 2 oder 4 % die in Absatz 2 geregelte Familienkomponente berücksichtigt. Eine untere Einkommensgrenze besteht nicht, so daß § 70 auch auf Versicherte anzuwenden ist, deren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter der in § 69 Abs. 2 Nr. 1 genannten Grenze liegen.

Die Rückzahlung der die zumutbare Eigenbeteiligung übersteigenden Aufwendungen erfolgt nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Fallen die Zuzahlungen oder Fahrkosten regelmäßig an (z. B. bei Dialysepatienten und chronisch Kranken), kann die Krankenkasse den von ihr zu tragenden Anteil auch in kürzeren Abständen, z. B. monatlich, an den Versicherten zahlen oder ein anderes Verfahren wählen, das den Versicherten entlastet.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält ähnlich wie § 69 Abs. 4 eine Familienkomponente, die allerdings wie § 70 insgesamt auf eine Jahresbasis abstellt und den Grenzbetrag für die Berechnung der zumutbaren Eigenbeteiligung entsprechend der Haushaltsgröße vermindert. Im übrigen wird auf die Begründung zu § 69 Abs. 4 Bezug genommen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten der Berücksichtigung von Einnahmen der Versicherten. Auf die Begründung zu § 69 Abs. 3 wird Bezug genommen.

Zum Elften Abschnitt — Erprobungsregelungen

Der Elfte Abschnitt enthält Erprobungsregelungen, die für die GKV Neuland bedeuten. Wegen ihres experimentellen Charakters sind sie in der Satzung festzulegen und dürfen nach § 76 höchstens fünf Jahre gelten.

Zu § 71 — Grundsatz

Die Vorschrift enthält die für alle Erprobungsregelungen in den §§ 72 bis 75 geltenden Grundsätze. Sie ermöglicht es der Selbstverwaltung, neue leistungsrechtliche Gestaltungsformen und Verfahren zu entwickeln. Um solche Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen, empfiehlt sich eine regionale Abstimmung mit den anderen Kassen. Satz 2 zeigt auf, in welche Richtung innovative Bestrebungen der Selbstverwaltung gehen sollen.

Zu § 72 — Kostenerstattung

Inwieweit Kostenerstattungsregelungen das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten verändern, ist umstritten. Um praktische Erfahrungen sammeln zu können, wird den Krankenkassen ermöglicht, Kostenerstattungsverfahren zu erproben.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkasse, die ein Kostenerstattungsverfahren anbieten will, in der Satzung den Kreis der kostenerstattungsberechtigten Versicherten und den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen festzulegen. Sie kann sich dabei in dem durch Satz 2 vorgegebenen Spielraum bewegen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt Einzelheiten des Verfahrens der Kostenerstattung, das in der Satzung ebenfalls festgelegt werden muß. Satz 2 soll sicherstellen, daß das

Verfahren nicht zu Lasten der Versicherten geht, die nicht die Kostenerstattung gewählt haben. Außerdem sollen durch Vereinbarungen mit den Kassenärzten geeignete Verfahren entwickelt werden, mit denen die Wirtschaftlichkeit bei Kostenerstattung überprüft werden kann.

Zu § 73 – Beitragsrückzahlung

Die Vorschrift ist neu und soll für die Versicherten Anreize zu einem wirtschaftlichen Verhalten bei der Inanspruchnahme von Leistungen schaffen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht die Einführung der Erprobungsregelung für alle Kassenarten und jeweils für mindestens eine Kasse in jedem größeren Landesverband vor, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten. Landesverbände, die nur eine Mitgliedskasse haben (z. B. in den Stadtstaaten), sind von der Erprobungsregelung ausgenommen. Wenn Ersatzkassen die Beitragsrückzahlung auf eine Region beschränken, sollten sie eine Region wählen, in der ein Landesverband einer anderen Kassenart eine Mitgliedskasse mit der Erprobung betraut hat. Finanzielle Belastungen der Krankenkassen einschließlich der Verwaltungskosten sind durch Regelungen in den Satzungen der Verbände in Anlehnung an § 274 auszugleichen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt Voraussetzungen und Höhe der Beitragsrückzahlung. Um den Verwaltungsaufwand in angemessenen Grenzen zu halten, kommen nur solche Mitglieder für eine Beitragsrückzahlung in Betracht, die im Kalenderjahr länger als drei Monate in der Kasse als Mitglied versichert waren, die die Erprobungsregelung durchzuführen hatte.

Neue Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention und Früherkennungsmaßnahmen nach dem Dritten und Vierten Abschnitt sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft und für Kinder sind für einen Rückzahlungsanspruch unschädlich, da die Regelung anderenfalls präventions- bzw. familienfeindlich wirken würde. Hinsichtlich der schon im geltenden Recht vorgesehenen ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren ist hingegen eine zurückhaltende Inanspruchnahme gewollt. Die für die Beitragsrückzahlung erforderliche Datenübermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist in § 307 geregelt.

Zu § 74 – Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Übermäßige Technisierung und damit einhergehende Spezialisierung und Arbeitsteilung im Gesundheitswesen bergen Gefahren für die Versorgung der Versicherten. Ärztliche Behandlungsfehler sind nicht aus-

zuschließen. Verfahren vor einer Vermittlungsstelle für ärztliche Behandlungsfehler (Gutachterkommission bei einer Ärztekammer oder Schlichtungsstelle) kommen z. B. nicht in Betracht, wenn der Antragsgegner (etwa der Arzt) dem Tätigwerden der Vermittlungsstelle widerspricht, oder in Fällen, in denen Ärzten die Teilnahme an diesem Verfahren untersagt worden ist. Im Interesse der Versicherten wird daher eine Unterstützung der Versicherten bei der Rechtsverfolgung von Behandlungsfehlern vorgesehen.

Schmerzensgeldforderungen (§ 847 BGB) gehen nach geltendem Recht (§ 116 SGB X) nicht auf Sozialversicherungsträger über, da diese Schmerzensgeld nicht gewähren können. Es ist Sache des Versicherten, derartige Ansprüche zu verfolgen. Dabei wird die Beweisführung bei einem Behandlungsfehler bereits dadurch erschwert, daß der Versicherte häufig weder Diagnose und Therapie noch den Namen des behandelnden Arztes genau kennt. Die Unterstützungsleistung der Krankenkasse umfaßt keine Übernahme der Kosten der Rechtsverfolgung. Der Behandlungsfehler muß bei der Inanspruchnahme einer Leistung der Krankenkasse begangen worden sein.

Zu § 75 – Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Gerade auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Rehabilitation ist die Selbstverwaltung der GKV gefordert, neue Anstöße zu entwickeln, um die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern. Die Vorschrift bringt deshalb eine „Öffnungsklausel“ für neue Maßnahmen auf diesen Gebieten.

Zu Absatz 1

Die Regelung gibt der Krankenkasse in Nummer 1 die Möglichkeit, über das geltende Recht hinausgehende Maßnahmen selbst durchzuführen oder sich an solchen Maßnahmen zu beteiligen. Nummer 2 läßt wegen des Sicherstellungsauftrags der Kassenärzte die Durchführung von Krankenbehandlungen durch die Kasse nicht zu, erlaubt ihr aber auch hier Aktivitäten, z. B. die Förderung von Initiativen anderer Sozialleistungsträger, der Kassenärztlichen Vereinigungen oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Als Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit kommen neben solchen der Gesundheitserziehung z. B. die Beteiligung an gesundheitspolitisch bedeutsamen Vorhaben (Ausstellungen, Kongresse, Gesundheitswochen, Initiativen von Bürgern oder Einzelpersonen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit) oder Organisationen (Verkehrswacht, Kinderschutzbund) in Betracht. Die Förderung kann in einer finanziellen Förderung oder der Unterstützung mit Sachmitteln (z. B. Büromaterial, Kraftfahrzeug, Räumlichkeiten) bestehen.

Der Krankenkasse sollen Rehabilitationsmöglichkeiten insbesondere in den Bereichen eröffnet werden, in denen Versorgungsdefizite bestehen, z. B. bei der Versorgung psychisch Kranker, in der Gerontologie oder bei der Bekämpfung von Frühinvalidität, arbeits-

bedingten Erkrankungen und Verschleißerkrankungen.

Es dürfte sich empfehlen, daß die Krankenkassen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation untereinander abstimmen, um die Maßnahmen so wirksam wie möglich zu gestalten und die Auswertung zu erleichtern. Die Krankenkassen sollten bei den Maßnahmen nach Absatz 1 insbesondere die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen stärker in ihr Konzept der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Gesundheitserziehung und der Rehabilitation einbeziehen.

Zu Absatz 2

Die Regelung schreibt den zur Erprobung solcher Maßnahmen erforderlichen Mindestinhalt der Satzung vor und gibt damit der die Satzung genehmigenden Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, beratend tätig zu werden.

Zu § 76 – Dauer und Auswertung

Die Vorschrift befristet die Erprobungsregelungen auf längstens fünf Jahre und verpflichtet die Krankenkassen zu wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung, um entsprechende Erkenntnisse gewinnen zu können. Sie sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um bei Bewährung Dauerregelungen zu ermöglichen. Die Kosten der Begleitung und Auswertung trägt die durchführende Kasse, wobei ein Ausgleich im Rahmen des § 274 möglich ist. Satz 2 stellt sicher, daß bei der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung personenbezogene Daten nur im Rahmen der engen Voraussetzungen des § 75 SGB X offenbart werden dürfen.

Zum Vierten Kapitel – Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Allgemeines

Im *Ersten Abschnitt* sind die allgemeinen Grundsätze für die Beziehungen zu den Leistungserbringern festgelegt.

Der *Zweite Abschnitt* behandelt das Kassenarztrecht, das heute in den §§ 368–368 t, 525 c RVO geregelt ist. Wichtigere inhaltliche Veränderungen sind:

- Einjährige Vorbereitungszeit als Zulassungsvoraussetzung für Kassenärzte (§ 103 in Verbindung mit der Zulassungsverordnung für Kassenärzte – Artikel 17).
- Konkretisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 114).
- Überprüfung ärztlicher Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit (§ 91).

- Zusammenfassung der Beteiligung und Ermächtigung von Ärzten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in Form der Ermächtigung (§ 106).
- Ausschluß der Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben (§ 106).
- Vereinfachung des Schiedswesens (§ 97).

Der *Dritte Abschnitt* regelt die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Die bislang über die RVO zerstreuten Vorschriften dieses Regelungsinhalts (§§ 184, 184 a und 371 bis 374) werden neu geordnet und zusammengefaßt.

Neu ist insbesondere

- das Kündigungsrecht der Landesverbände der Krankenkassen gegenüber nicht bedarfsgerechten, nicht leistungsfähigen oder unwirtschaftlichen Krankenhäusern; der mit der Kündigung zu verbindende Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan sowie das Erfordernis der staatlichen Genehmigung der Kündigung wahren die Verantwortung der Länder für den Krankenhausbereich,
- die Einbeziehung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (bisher Kur- und Spezialeinrichtungen) in das System der Versorgungsverträge,
- die Weiterentwicklung des zweiseitigen Vertragsrechts für stationäre Versorgung (bisher § 372 Abs. 1 bis 4 RVO) mit durchgängiger Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle und mit Rahmenempfehlungen auf Bundesebene,
- die Einführung einer generellen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung auf Verlangen der Krankenkassen, zusätzlich zu der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall (bisher § 373 RVO), die künftig in erster Linie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorbehalten ist.

Im *Vierten Abschnitt* sind die Beziehungen der Krankenkassen zu Krankenhäusern und Kassenärzten geregelt mit dem Ziel, eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten zu erreichen. Im einzelnen enthält der Abschnitt u. a. folgende Neuregelungen:

- Der Regelungsinhalt der dreiseitigen Verträge (Landesebene) und der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene (bisher § 372 Abs. 5 und 7 RVO) wird weiter entwickelt und insbesondere durch die Verpflichtung zur vertraglichen Regelung der Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung ergänzt; die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle, hilfsweise durch Rechtsverordnung, gewährleistet eine zügige Verwirklichung.
- Die Zulassung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung wird vereinheitlicht (bisher § 368 a Abs. 8 RVO).

- Die Zulassung sozialpädiatrischer Zentren zur ambulanten sozialpädiatrischen Versorgung mit dem Ziel, Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zu Krankheiten führen können, möglichst früh und umfassend zu behandeln und die Finanzierung dieser Zentren sicherzustellen.
- Den drei Vertragsparteien wird die Förderung des kooperativen Belegarztsystems und die Regelung einer leistungsgerechten Vergütung aufgegeben (bisher § 368g Abs. 6 RVO).
- Bedarf und Standorte für medizinisch-technische Großgeräte in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten werden in von den Beteiligten (Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärzte, Land) zu bildenden Großgeräteausschüssen mit der Vorgabe zu einvernehmlichen Entscheidungen aufeinander abgestimmt; bei Nichteinigung entscheidet die zuständige Landesbehörde.

Der *Fünfte bis Achte Abschnitt* enthält Regelungen für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den

- Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln (Fünfter und Sechster Abschnitt),
neu ist insbesondere ein Zulassungsverfahren
- Apotheken und Arzneimittelherstellern (Siebter Abschnitt),
neu sind insbesondere Vorgaben für die Vertragsgestaltung über die Arzneimittelversorgung
- sonstigen Leistungserbringern (Achter Abschnitt).

Bei der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe ist insbesondere neu, daß auch private Unternehmen diese Leistungen erbringen können. Bei der Versorgung mit Krankentransportleistungen wird den Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen die Befugnis eingeräumt, ihre Leistungspflicht zur Übernahme von Fahrkosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Transportleistungen zu beschränken.

Bisher ohne Vorbild sind die Vorschriften des *Neunten Abschnitts* (Sicherung der Qualität der Leistungserbringung). Der Abschnitt faßt Vorschriften zusammen, die für die wichtigsten Versorgungsbereiche unter verschiedenen Gesichtspunkten Qualitätssicherung gewährleisten sollen.

Im *Zehnten Abschnitt* wird geregelt, daß die Krankenkassen der Versorgung der Versicherten dienende Eigenrichtungen nach Inkrafttreten des Gesetzes weiter betreiben können.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt – Allgemeine Grundsätze

Zu § 77 – Anwendungsbereich

Die Vorschrift umschreibt den Regelungsbereich dieses Kapitels.

Zu § 78 – Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Die Vorschrift faßt in Absatz 1 die im bisherigen Recht niedergelegten Grundsätze der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für alle Leistungserbringer zusammen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen nicht bewirkt oder verordnet werden. Die Krankenkassen dürfen solche Leistungen nicht bewilligen. Absatz 2 trägt der besonderen Bedeutung einer humanen Krankenbehandlung als tragendem Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung.

Zu § 79 – Beitragssatzstabilität

Durch die Regelung sollen die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung zu vertretbaren Beitragssätzen auf Dauer gesichert werden.

Zum Zweiten Abschnitt – Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten

Zum Ersten Titel – Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

Zu § 80 – Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Recht. Die Absätze 1 und 2 betreffen dabei ausschließlich die Sicherstellung der kassenärztlichen und der kassenzahnärztlichen Versorgung. Absatz 3 regelt die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen, Absatz 4 die Sicherstellung im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung, soweit die ärztliche Behandlung nicht durch die sogenannten Sprengelärzte durchgeführt wird.

Zu § 81 – Kassenärztliche Versorgung

Zu Absatz 1

Die Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung in Absatz 1 trägt den unterschiedlichen Funktionen beider Versorgungsbereiche Rechnung und eröffnet der

gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen die Möglichkeit, eine an den verschiedenen Anforderungen und Aufgaben ausgerichtete Strukturierung vorzunehmen. Fachärztliche Versorgung ist dabei nicht mit der Behandlung durch Gebietsärzte gleichzusetzen, da auch Ärzte mit einer Gebietsbezeichnung, insbesondere Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte, als Hausärzte tätig sind. Die Vorschrift enthält keine Einschränkung des Zugangs zu Gebietsärzten.

Zu Absatz 2 und 6

Die Vorschriften übernehmen im wesentlichen Regelungen des bisherigen Rechts. Zur kassenärztlichen Versorgung gehört künftig auch die Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 36), häuslicher Pflege bei Schwangerschaft oder Entbindung (§ 59) und häuslicher Pflegehilfe (§§ 52 bis 56).

Zu Absatz 3

Die Vorschrift eröffnet die Möglichkeit, durch vertragliche Regelungen zusätzliche Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen.

Zu Absatz 4

Die Regelung verdeutlicht die bisherige Rechtslage, nach der Krankenhausbehandlung nur als letztes Mittel verordnet werden darf. Diesem Subsidiaritätsprinzip trägt die Verpflichtung Rechnung, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen. Die Regelung schreibt weiter vor, was bei der ärztlichen Krankenhauseinweisung berücksichtigt werden muß. Bei der voraussichtlichen Verweildauer soll sich der Arzt an den von der AGKV erarbeiteten Anhaltswerten für Krankenhausverweildauer sowie an Durchschnittswerten auf der Grundlage der diagnosebezogenen Angaben zur Verweildauer im Kosten- und Leistungsnachweis der Krankenhäuser orientieren. Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände haben den Kassenärztlichen Vereinigungen die Anhaltswerte und die Durchschnittswerte zur Verfügung zu stellen. Im übrigen wird auf die Begründung zu § 38 Abs. 3 verwiesen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift überträgt dem Kassenarzt die Entscheidung darüber, ob ein preisgünstigeres Arzneimittel durch die Apotheke abgegeben werden darf. Die Informationsverpflichtung des Arztes über die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten trägt der Eigenverantwortung des Patienten Rechnung.

Zu § 82 — Stufenweise Wiedereingliederung

Eine stufenweise Wiederaufnahme der Beschäftigung während der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit kann für den Kranken hilfreich sein. Daß diese Möglichkeit besteht und welche Tätigkeiten verrichtet werden können, soll durch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung bekundet werden. Ob der Kranke seine Arbeitskraft teilweise einsetzen will, ist ihm überlassen.

Die Möglichkeit der teilweisen Tätigkeit und auch die teilweise Arbeitsaufnahme ändern nichts daran, daß der Versicherte arbeitsunfähig im Rechtssinne bleibt. Er bleibt auch ohne Rücksicht auf die Höhe des durch Teilarbeit erzielten Arbeitsentgelts, das auf das Krankengeld angerechnet wird, versichert. Die Teilarbeit führt auch nicht dazu, daß während ihrer Vollarbeit versicherungsfreie Beschäftigte durch die Erzielung eines unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegenden Teilarbeitsentgelts versicherungspflichtig werden.

Zu § 83 — Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht § 368 n Abs. 1 RVO unter Einbeziehung der Regelung in § 368 Abs. 3 Satz 1 RVO. Die Sicherstellung eines ausreichenden Notdienstes verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die ambulante ärztliche Versorgung in Notfällen in Form eines Bereitschaftsdienstes zu organisieren.

Zu Absatz 2, 4, 5 und 6

Die Vorschriften übernehmen inhaltlich bisheriges Recht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten sowie für bestimmte Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden. Die Sicherstellung umfaßt auch die unentgeltliche Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vergütung der ärztlichen Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten und für bestimmte ärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden, wird neu geregelt. Das bislang in § 368 n Abs. 2 Satz 4 RVO festgelegte Verfahren hat sich als nicht sachgerecht erwiesen.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen programmatisch auf, alles ihnen Mögliche zu tun, um die Ableistung der Vorbereitungszeit zu fördern.

Die Regelung verpflichtet die Krankenkassen nicht, die Bereitstellung von Vorbereitungsplätzen zu finanzieren.

Zu § 84 — Freie Arztwahl

Die Grundsätze des bisherigen Rechts werden im wesentlichen übernommen.

Zum Zweiten Titel — Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

Zu § 85 — Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem bisherigen Recht. Wo zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes in einem Land mehrere Kassenärztliche Vereinigungen vorhanden sind, können diese mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörden fortbestehen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde fingiert, wenn sie nicht ausdrücklich innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes versagt wird. Nach diesem Zeitpunkt kann die Zustimmung unter Einhaltung einer einjährigen Frist widerrufen werden.

Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen soll es nicht mehr geben, weil dafür ein Bedürfnis nicht mehr besteht.

Zu § 86 — Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Die Verpflichtung, Statistiken vorzulegen, wird genannt.

Zu § 87 — Selbstverwaltungsorgane

Die Vorschrift strafft und vereinfacht bisheriges Recht, insbesondere durch den Verzicht auf außerordentliche Mitglieder. Auf die Haftungsregelung des Vierten Buches wird Bezug genommen.

Zu § 88 — Wahlen

Die Grundsätze des bisherigen Rechts werden übernommen. Regelungen für außerordentliche Mitglieder entfallen als Folge der Neuregelung in § 85.

Zu § 89 — Satzung

Die Regelung entspricht inhaltlich im wesentlichen dem bisherigen Recht. Absatz 3 Nr. 1 schreibt die Verbindlichkeit der dort genannten Verträge und Beschlüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen vor und schließt damit die bisher bestehende Regelungslücke, die in der Vergangenheit zu Schwierigkeiten geführt hat.

Absatz 5 verdeutlicht, daß der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei der Verhängung von Disziplinarmaßnahmen zu beachten ist.

Zum Dritten Titel — Verträge auf Bundes- und Landesebene

Zu § 90 — Grundsätze

Die Einweisungsvorschrift strukturiert das Vertragsrecht durch Zusammenfassung der bisher geltenden Grundsätze unter Einbeziehung der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen.

Zu § 91 — Gesamtverträge

Die Absätze 1, 3 und 4 entsprechen dem bisherigen Recht. Absatz 2 verpflichtet die Partner der Gesamtverträge, die Prüfungen ärztlicher Abrechnungen so auszugestalten, daß Abrechnungsmanipulationen verhindert werden. Die Regelung schließt weitere Prüfungen durch die Krankenkassen nicht aus.

Zu § 92 — Vereinbarung von Richtgrößen

Die Regelung ersetzt die Höchstbeträge für Arznei- und Heilmittel durch arztgruppenspezifische Richtgrößen. Eine Budgetierung des Verordnungsvolumens für den einzelnen Arzt wird hierdurch nicht geschaffen.

Zu § 93 — Gesamtvergütung

Die Vorschrift übernimmt weitgehend bisheriges Recht. Absatz 2 Satz 3 ermöglicht es den Vertragsparteien, die Besonderheiten einer sozialpädiatrischen oder psychiatrischen Tätigkeit zu berücksichtigen. Absatz 2 Satz 4 legt fest, daß die Untersuchungen nach §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 entsprechend den bisherigen Vereinbarungen für Krebsfrüherkennungs- und Kinderuntersuchungen pauschal vergütet werden sollen. Nach Absatz 2 Satz 5 sind beim Zahnersatz Vergütungen für Heil- und Kostenpläne sowie für pauschalisierte Material- und Laborkosten unzulässig. Vergütungsregelungen, die dem entgegenstehen, werden mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes gegenstandslos.

Zu § 94 — Empfehlungen

Absatz 1 entspricht bisherigem Recht. Nach Absatz 2 dürfen von den Empfehlungen abweichende Honorarvereinbarungen bei regionalen oder kassenartenbedingten Besonderheiten nur noch dann vereinbart werden, wenn hierdurch der Grundsatz der Beitrags-

satzstabilität nicht gefährdet wird. Die Regelung trägt der Autonomie der Vertragspartner Rechnung und soll Beitragssatzanhebungen verhindern, zu denen verbindliche bundeseinheitliche Empfehlungen bei den Krankenkassen einzelner Regionen oder bei einer Kassenart wegen dortiger besonderer Gegebenheiten führen können.

Zu § 95 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen bisheriges Recht. Absatz 1 Satz 4 stellt klar, daß die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe entsprechend bisherigem Recht auch Grundlage der Verträge der Ersatzkassen und der Bundesknappschaft nach § 91 Abs. 3 und 4 sind.

Zum Vierten Titel – Zahntechnische Leistungen

Zu § 96 – Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

Die Vorschrift hält an der Unterscheidung des § 368 g Abs. 5 a RVO zwischen zahntechnischen Leistungen von gewerblichen zahntechnischen Laboratorien und von Zahnärzten in eigenen Laboratorien fest.

Zu Absatz 1

Die Regelung schreibt vor, daß das bundeseinheitliche Verzeichnis über abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen durch Vereinbarung der Verbände der Krankenkassen mit dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker geschaffen wird. Die Regelung trägt der Tatsache Rechnung, daß zahntechnische Leistungen im wesentlichen durch gewerbliche zahntechnische Laboratorien erbracht werden. Die Beteiligung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ist durch das Erfordernis der Benehmensherstellung sichergestellt. Die bundeseinheitlich zu vereinbarenden Vergütungen der zahntechnischen Leistungen der gewerblichen Laboratorien haben wie bisher Höchstpreischarakter.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift betrifft die Erbringung zahntechnischer Leistungen durch Zahnärzte in eigenen Laboratorien. Entsprechend dem bisher geltenden Recht sind zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, Gegenstand der Kassenzahnärztlichen Versorgung. Den für Zahnärzte in den Verträgen nach § 91 festzulegenden Vergütungen ist das Bundesleistungsverzeichnis nach Absatz 1 zugrunde zu legen. Im Hinblick auf die günstigere Kostensituation der zahnärztlichen Laboratorien müssen die für Zahnärzte geltenden Höchstpreise unter denen für die gewerblichen Laboratorien liegen. Der Umfang der Unterschreitung wird durch die Vertragspartner festgelegt.

Zum Fünften Titel – Schiedswesen

Zu § 97 – Schiedsamt

Die bisherige Schiedsamsregelung wird gestrafft.

Zum Sechsten Titel – Landesausschüsse und Bundesausschüsse

Zu § 98 – Landesausschüsse

Infolge der Einbeziehung der Ersatzkassen erhöht sich die Zahl der ärztlichen Vertreter in den Landesausschüssen. Nicht zugelassene, ins Arztregister eingetragene Ärzte sind aufgrund der Rechtsvereinfachung des § 85 in den Landesausschüssen nicht mehr vertreten.

Das Vorschlagsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen gegenüber den Landesbehörden zur Bestellung der unparteiischen Mitglieder und ihrer Stellvertreter bei Nichteinigung entfällt insbesondere deshalb, um eine Einflußnahme auf die Landesbehörden möglichst auszuschließen. Im übrigen übernimmt die Vorschrift bisheriges Recht.

Zu § 99 – Bundesausschüsse

Die Neustrukturierung der Bundesausschüsse entspricht den Änderungen bei den Landesausschüssen.

Zu § 100 – Richtlinien der Bundesausschüsse

Die Vorschrift erweitert den Umfang der in Richtlinien regelungsfähigen Tatbestände. Sie läßt auch Teilregelungen durch die Bundesausschüsse zu. In den Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Absatz 1 Satz 2 Nr. 6) ist die in § 81 Abs. 4 getroffene Regelung über die Einweisung in geeignete Krankenhäuser zu berücksichtigen. Es wird davon ausgegangen, daß sich der Bundesausschuß – soweit erforderlich – des Sachverständigen der Arzneimittelhersteller sowie der Heil- und Hilfsmittelerbringer bedient. Absatz 2 präzisiert die bisherige Regelung in § 368 p Abs. 1 Satz 2 RVO.

Absatz 5 verpflichtet den Bundesausschuß, bundeseinheitlich Abrechnungskonsequenzen festzulegen für den Fall, daß Leistungen mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden. Damit wird eine nach bisherigem Recht bestehende Regelungslücke geschlossen. Die Verweisung auf § 91 Abs. 3 und 4 bewirkt die Verbindlichkeit der Richtlinien für alle Kassenarten.

Zu § 101 – Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel

Die Übersicht über ausgeschlossene Arzneimittel soll dem Arzt die Verordnungstätigkeit erleichtern.

Zu § 102 – Wirksamwerden der Richtlinien

Die Regelung entspricht inhaltlich weitgehend dem bisherigen Recht.

Zum Siebten Titel – Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung**Zu § 103 – Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung**

Die Vorschrift entwickelt das bisherige Recht fort.

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Recht.

Zu Absatz 2

Die Regelung schreibt die Ableistung einer Vorbereitungszeit für Ärzte und Zahnärzte als Voraussetzung für die Kassenzulassung vor. Für Kassenärzte wird eine einjährige Vorbereitungszeit eingeführt. In der Zulassungsverordnung für Kassenärzte wird geregelt, inwieweit eine Anrechnung von Zeiten als Arzt im Praktikum auf die kassenärztliche Vorbereitungszeit erfolgt. Für Kassenzahnärzte bleibt es bei der bisherigen zweijährigen Vorbereitungszeit.

Zu Absatz 3

Die Unterscheidung zwischen beteiligten und ermächtigten Ärzten wird aus Gründen der Rechtsvereinfachung zugunsten einer einheitlichen Ermächtigung aufgegeben.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stellt die ermächtigten Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen für die Dauer ihrer Ermächtigung den Kassenärzten gleich. Sie unterliegen in gleicher Weise wie die Kassenärzte der Disziplinalgewalt der Kassenärztlichen Vereinigung. Es wird davon ausgegangen, daß die Unterwerfung unter die

Disziplinalgewalt der Kassenärztlichen Vereinigung in dem Ermächtigungsbeschluß zum Ausdruck kommt.

Zu § 104 – Zulassungsausschüsse

Das bisherige Recht wird weitgehend übernommen.

Als Folgeänderung zu § 85 sieht Absatz 2 eine Bestellung von Ausschußmitgliedern aus dem Kreis der nicht zugelassenen Ärzte nicht mehr vor.

Zu § 105 – Berufungsausschüsse

Als Folgeänderung zu § 85 wird auf die Bestellung von Mitgliedern aus dem Kreis der nicht zugelassenen Ärzte in die Berufungsausschüsse verzichtet.

Zu § 106 – Zulassungsverordnungen

Die Vorschrift entwickelt das bisherige Recht fort.

Zu Absatz 1

Aus Gründen der Verfahrensvereinfachung wird auf eine Mitwirkung der Bundesausschüsse verzichtet.

Zu Absatz 2

Nummer 11 trägt der Neuregelung in § 103 Rechnung. Die Regelung erfaßt auch die Fälle des bisherigen § 368 c Abs. 2 Nr. 12 RVO (Besetzung verwaister Kassenarztsitze).

Nummer 12 schließt grundsätzlich die erstmalige Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten, die das fünf- und fünfzigste Lebensjahr vollendet haben, aus. Die Vorschrift dient der Sicherung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Zustrom von Ärzten, die das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, führt zu einer Gefährdung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist zu befürchten, daß Ärzte, die die kassenärztliche Tätigkeit nur während einer relativ kurzen Zeit ausüben können, die Amortisation ihrer Praxisinvestitionen durch gesteigerte und unwirtschaftliche Tätigkeit zu erreichen versuchen. Im übrigen hat der angesprochene Personenkreis ein abgeschlossenes vollständiges Berufsleben hinter sich, so daß ein Bedürfnis für die Kassenzulassung in diesem Alter, von Ausnahmen abgesehen, nicht besteht. Für Ausnahmefälle sieht die Regelung die Möglichkeit einer Zulassung und Ermächtigung auch nach dem 55. Lebensjahr vor.

**Zum Achten Titel – Bedarfsplanung,
Unterversorgung,
Übersorgung**

Zu § 107 – Bedarfsplan

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen bisheriges Recht. Neu ist die Einbeziehung der Ersatzkassen in die Bedarfsplanung vor Ort.

Zu § 108 – Unterversorgung

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 109 – Übersorgung

Die Möglichkeit der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird wie im bisherigen Recht geregelt.

Zu § 110 – Richtlinien zur Übersorgung

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 111 – Zulassungsbeschränkungen

Das bisherige Recht wird unter Einbeziehung der Ersatzkassen übernommen.

Zu § 112 – Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen

Das im bisherigen Recht vorgesehene Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen gilt fort.

**Zu § 113 – Förderung der kassenärztlichen
Versorgung**

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Recht.

Zum Neunten Titel – Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zu § 114 – Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorschrift entwickelt das bisherige Recht fort. Ergänzend wird die Vereinbarung von Stichprobenprüfungen vorgesehen, um die Nachteile einer ausschließlich an Durchschnittswerten orientierten Prüfung, z. B. durch eine Annäherung an die Fachgruppenschnittschnitte, auszuschließen. In den Gesamtverträgen ist zudem ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen nach § 92 zu vereinbaren. Den Vertragsparteien steht es dabei frei, Prüfungen nach Durchschnittswerten, nach Stichproben oder nach einem System zu vereinbaren, das sich aus der Verbindung dieser Prüfungsarten ergibt. Es wird davon ausgegangen, daß die Ersatzkas-

sen und die Bundesknappschaft Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 im Rahmen ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfungen entsprechend berücksichtigen.

**Zum Dritten Abschnitt – Beziehungen zu
Krankenhäusern und
anderen Einrichtungen**

**Zu § 115 – Krankenhäuser, Vorsorge- oder
Rehabilitationseinrichtungen**

Die Vorschrift definiert erstmals für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Begriffe „Krankenhaus“ und „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ und grenzt sie voneinander ab. Das ist erforderlich, weil beide Arten von Einrichtungen hinsichtlich ihrer Zulassung zur stationären Versorgung der Versicherten als auch hinsichtlich ihrer Finanzierung und der Vergütung ihrer Leistungen unterschiedlichen Regelungen folgen:

- Die Krankenhäuser werden entsprechend dem bisherigen Recht (§ 371 RVO) teils unmittelbar durch Gesetz (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser), teils durch Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur stationären Krankenhausbehandlung zugelassen (§§ 116 bis 118). Ihre Finanzierung und die Vergütung ihrer Leistungen richten sich nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV).
- Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entsprechen den bisherigen Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a RVO. Sie werden erstmals in ein vertragliches Zulassungssystem (§ 119) einbezogen, bleiben aber weiterhin von der staatlichen Krankenhausplanung ausgenommen. Die Vergütung für ihre Leistungen wird zwischen dem Träger der Einrichtung und den Krankenkassen (außerhalb der Regeln des KHG) frei vereinbart.

Zu Absatz 1

Der hier definierte Krankenhausbegriff knüpft an den des § 2 Nr. 1 KHG an, konkretisiert ihn jedoch durch die Aufstellung organisatorischer und fachlicher Voraussetzungen. Außerdem wird das Krankenhaus nunmehr auch inhaltlich von dem (bislang in den §§ 184 a RVO, 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG nur formal ausgegrenzten) Begriff der Kur- und Spezialeinrichtung abgegrenzt. Diese wird als Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Absatz 2 unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts neu definiert.

Mit der Neuregelung wird zugleich verdeutlicht, daß der Begriff der Krankenhausbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung inhaltlich mit dem der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzverordnung (vgl. § 2 Nr. 4 KHG, §§ 2 und 3 BpflV) übereinstimmt.

Zu Absatz 2

Die Definition der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung konkretisiert den inhaltlich bislang nicht näher bestimmten Begriff der Kur- und Spezialeinrichtung. Kennzeichnend für diese sind zwei unterschiedliche Aufgaben, die aber — wie z. B. in den medizinisch-stationären Einrichtungen des Müttergenesungswerkes — häufig „unter einem Dach“ durchgeführt werden:

- Vorbeugung und Verhütung drohender Krankheiten (Vorsorge) sowie
- Behandlung und Nachbehandlung bereits eingetretener Krankheiten (Rehabilitation).

Dieser doppelten Aufgabenstellung trägt die Definition der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in der Nummer 1 Buchstaben a) und b) Rechnung. Wesentlich ist dabei, daß es sich in beiden Fällen um die Behandlung von (drohenden oder bereits eingetretenen) Krankheiten handeln muß, die zwar eine voll- oder teilstationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern. Die inhaltliche Definition der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung wird deswegen vor allem in ihrer Abgrenzung zum Krankenhaus deutlich: Im Krankenhaus steht die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung im Vordergrund. Die Pflege ist in aller Regel der ärztlichen Behandlung untergeordnet. In der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung steht die stationäre Versorgung des Patienten zwar auch unter ärztlicher Leitung und erfolgt nach einem gezielten ärztlichen Behandlungsplan. Hier geht es aber in erster Linie darum, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkungen sowie durch die Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen und ihm bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Hierbei ist die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher gleichwertig nebengeordnet.

Zu § 116 — Zugelassene Krankenhäuser

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich unverändert den bisherigen § 371 Abs. 1 RVO. Sie ist im Zusammenhang mit § 117 Abs. 1 Satz 2 zu sehen, der die Rechtsakte verdeutlicht, mit denen die in § 116 drei genannten Gruppen von Krankenhäusern zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen werden; die Zulassung kann auch auf Teile des Krankenhauses beschränkt werden. Gleichzeitig wird durch eine Konkretisierung des Zusammenhangs zwischen den bisherigen Regelungen der §§ 184 Abs. 2 Satz 1 und 371 Abs. 1 RVO klargestellt, daß die Krankenkassen ihren Versicherten Krankenhausbehandlung nur in (nach § 117) zugelassenen Krankenhäusern gewähren dürfen, nicht jedoch beispielsweise in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 115 Abs. 2) oder Pflegeheimen.

Zu § 117 — Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Die Vorschrift hält weitgehend an den Regelungen des § 371 Abs. 2 und 3 RVO fest, verdeutlicht jedoch die Rechte und Pflichten der Beteiligten und paßt die bisherige Bestandsschutzregelung an die Erfordernisse einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern im Sinne des § 1 KHG an. Die bislang in § 371 Abs. 2 Satz 3 RVO vorgesehene Kündigung der Zulassung von Vertragskrankenhäusern zur stationären Versorgung ist nunmehr umfassend für alle zugelassenen Krankenhäuser in § 118 geregelt.

Zu Absatz 1

Für die unter § 116 Nr. 3 fallenden Krankenhäuser wird in Übernahme der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts klargestellt, daß es sich bei der bisherigen Abgabe und Annahme der Bereiterklärung nach § 371 Abs. 1 und 2 RVO um einen öffentlich-rechtlichen, statusbegründenden Vertrag (künftig „Versorgungsvertrag“ genannt) zwischen dem Krankenträger und den Landesverbänden der Krankenkassen handelt (Satz 1).

Für die Hochschulkliniken und die Plankrankenhäuser wird daran festgehalten, daß die statusbegründenden Funktionen des Versorgungsvertrages bereits durch Gesetz mit den in Satz 2 genannten Rechtsakten (Aufnahme in das Hochschulverzeichnis nach § 4 HBFG, Aufnahmebescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG) eintreten. In Satz 2 wird daher nunmehr ausdrücklich hervorgehoben, daß jene Rechtsakte als Abschluß des Versorgungsvertrags gelten. Gleichzeitig wird in Satz 3 klargestellt, daß die von den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen oder gesetzlich zustande gekommenen Versorgungsverträge auch für alle Krankenkassen verbindlich sind.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift gilt nur für die in § 116 Nr. 3 genannten Krankenhäuser, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen bewerben. Eine entsprechende Regelung trifft § 8 Abs. 2 KHG bereits für diejenigen Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden wollen. Die Sätze 1 und 2 sind in ihrem Gesamtzusammenhang zu sehen. Sie wollen sicherstellen, daß die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durch eine ungeordnete Zunahme nicht bedarfsnotwendiger Krankenhauskapazitäten gefährdet wird. Die Gesamtregelung ist dahin zu verstehen, daß ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem KHG bzw. auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 371 Abs. 2 RVO (nunmehr § 117 Abs. 2) nur dann ausgeschlossen ist, wenn das Bettenangebot größer ist als der Bettenbedarf.

Zu Absatz 3

Die Gründe, aus denen der Abschluß eines Versorgungsvertrags abgelehnt werden muß (Satz 1), entsprechen im wesentlichen denen des § 371 Abs. 2 Satz 1 RVO. Auch das Erfordernis der aufsichtsbehördlichen Genehmigung des Versorgungsvertrags (bisher § 371 Abs. 2 Satz 2 RVO) bleibt erhalten (Satz 2).

Der bislang in § 371 Abs. 3 RVO enthaltene Bestandschutz für bestimmte Gruppen von Krankenhäusern wird in Satz 3 auf alle Krankenhäuser im Sinne des § 116 Nr. 3 ausgedehnt. Diese werden in das allgemeine Kündigungssystem des § 118 einbezogen, das künftig auch für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser gilt. Damit wird auch für diesen Bereich dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Die Regelung konkretisiert in gleicher Weise für alle drei Krankenhausgruppen die Dauer der Zulassung zur stationären Versorgung der Versicherten (Satz 1).

Die in Satz 2 verankerte Behandlungspflicht des Krankenhauses folgt aus seiner Zulassung zur stationären Versorgung der Versicherten. Hierdurch wird das Krankenhaus — ebenso wie der niedergelassene Arzt durch seine Zulassung als Kassenarzt — in ein öffentlich-rechtliches Sozialsystem einbezogen, das gesetzliche Rechte und Pflichten miteinander verbindet. Zu den Rechten gehört, daß die Vergütung der Krankenhausleistungen auf gesetzlicher Grundlage festgelegt wird, nämlich in der Pflegesatzvereinbarung zwischen dem jeweiligen Krankenhausträger und den beteiligten Sozialleistungsträgern mit Selbstkostendeckungsgarantie zugunsten des einzelnen Krankenhauses (§§ 4 Satz 2, 17 Abs. 1 KHG). Dem stellt Satz 2 die Pflicht des Krankenhauses gegenüber Versicherte und deren Familienangehörige im Rahmen seines Versorgungsauftrags — d. i. im Rahmen seiner Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit — voll- oder teilstationär zu behandeln.

Andererseits wird mit der Zulassung des Krankenhauses zur stationären Versorgung ein „Kontrahierungszwang“ für die Krankenkassen ausgelöst. Diese sind verpflichtet, mit den Trägern der zugelassenen Krankenhäuser Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen, wobei der in § 4 Satz 2 KHG verankerte Selbstkostendeckungsgrundsatz unberührt bleibt (Satz 3). Mit dem letzten Halbsatz des Satzes 3 wird klargestellt, daß § 4 Satz 2 KHG sich auf das einzelne Krankenhaus bezieht, während mit dem in § 150 Abs. 2 konkretisierten Grundsatz der Beitragssatzstabilität die globalen Aufwendungen der Krankenkassen angesprochen sind. Satz 3 gilt nicht für Krankenhäuser, auf die das Pflegesatzrecht des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§§ 3, 20 KHG) keine Anwendung findet.

Zu § 118 — Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Mit dieser Vorschrift werden auch Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser in das bislang nur für die in § 116 Nr. 3 genannten Krankenhäuser geltende Kündigungssystem des § 371 Abs. 2 RVO einbezogen. Die Kündigungsfrist wird im Interesse einer flexibleren Kapazitätsanpassung an den tatsächlichen Bedarf von zwei Jahren (§ 371 Abs. 2 Satz 3 RVO) auf ein Jahr verkürzt. Dem Schutz der Krankenhäuser dienen insbesondere folgende Regelungen:

1. Die Landesverbände der Krankenkassen können nur kündigen, wenn einer der in § 117 Abs. 3 Satz 1 konkret definierten Versagungsstatbestände vorliegt (Absatz 1 Satz 1; bisher § 371 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. Satz 1 RVO). Dabei stellt § 118 Abs. 2 Satz 2 klar, daß nur eine vorübergehende Unwirtschaftlichkeit eines Krankenhauses keinen Kündigungsgrund i. S. des § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 darstellt. Die unwirtschaftliche Betriebsführung muß vielmehr schon wiederholt festgestellt worden oder nicht behebbar sein. Es darf sich auch nicht um geringfügige Unwirtschaftlichkeiten handeln, die durch Abstriche beim Pflegesatz ausgeglichen werden könnten.
2. Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan zu verbinden (Absatz 1 Satz 2). Damit wird sichergestellt, daß der Krankenhausträger nicht aufgrund eines für ihn weiterhin verbindlichen Planfeststellungsbescheides nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG Kapazitäten für die Krankenhausbehandlung von Versicherten vorhält, die er nach der wirksamen Kündigung seiner Zulassung zur stationären Versorgung gegenüber den Krankenkassen nicht mehr abrechnen kann.
3. Die Kündigung durch die Landesverbände kann nur im Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen erfolgen (Absatz 2 Satz 1).
4. Die Kündigung bedarf ferner der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde (Absatz 2 Satz 2; bisher § 371 Abs. 2 Satz 2 RVO). Der besonderen Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung wird dadurch Rechnung getragen, daß die zuständige Landesbehörde die Genehmigung verweigern kann, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Landesrecht weiterhin bedarfsgerecht ist (Absatz 2 Satz 4). Allerdings muß die Landesbehörde ihre Entscheidung in jedem Fall begründen. Damit soll für alle Beteiligten auch aus Gründen der Rechtssicherheit Klarheit über die tragenden Entscheidungsgrundlagen geschaffen werden (Absatz 2 Satz 3).

Mit der Neuregelung entspricht der Gesetzgeber zugleich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 371 RVO, wonach kein zugelassenes Krankenhaus einen absoluten Bestandsschutz gegenüber Krankenhäusern hat, die noch nicht in das öffentliche

Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen sind.

Zu § 119 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Zu Absatz 1 bis 5

Mit diesen Bestimmungen werden die bisherigen Kur- und Spezialeinrichtungen im Sinne des § 184 a RVO – nunmehr in § 115 Abs. 2 neu definiert – unter Wahrung ihres gegenwärtigen Besitzstandes in ein den Krankenhäusern vergleichbares Vertragssystem einbezogen. Die Vorschrift ist daher weitgehend den §§ 117 und 118 nachgebildet, mit folgenden wesentlichen Unterschieden:

1. Die qualitativen Anforderungen sind auf die besonderen Aufgaben der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zugeschnitten.
2. Die Vertragsparteien haben zwar vor Abschluß des Versorgungsvertrags das Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde herzustellen (Absatz 4 Satz 3). Diese Regelung beinhaltet aber keinen staatlichen Zustimmungsvorbehalt. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleiben auch weiterhin von staatlicher Planung frei. Die Versorgungsverträge, die sie mit den Landesverbänden der Krankenkassen abschließen, bedürfen nicht der Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden. Das gleiche gilt für die Kündigung des Vertrages.
3. Die vertragliche Zulassung der Einrichtung gilt jeweils nur für die Krankenkassen, deren Landesverbände gemeinsam den Vertrag abgeschlossen haben (Absatz 2 Satz 1). Krankenkassen in anderen Bundesländern dürfen ihre Versicherten in der Einrichtung nur dann behandeln lassen, wenn ihre eigenen Landesverbände gemeinsam dem Versorgungsvertrag beitreten (Absatz 2 Satz 3) oder, wo noch kein Vertrag besteht, einen eigenen Versorgungsvertrag mit der Einrichtung abschließen.
4. Absatz 3 gibt den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die bislang Leistungen nach § 184 a RVO abgerechnet haben, den erforderlichen Bestandsschutz (Satz 1). Für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die nicht die qualitativen Anforderungen nach Absatz 2 erfüllen, gilt die Bestandsschutzgarantie nicht. Sie gilt auch nicht für solche Einrichtungen, die bislang unter dem Deckmantel des § 184 a RVO nicht Rehabilitationsleistungen, sondern akute Krankenhauspflege angeboten haben. Derartige Einrichtungen, die in Wirklichkeit Akut-Krankenhäuser sind, können nur über einen Vertrag nach § 117 für die Krankenkassen tätig werden. Die Landesverbände der Krankenkassen sind jedoch aus Gründen der Rechtssicherheit gehalten, begründete Einwände bis zum Stichtag des 30. Juni 1989 geltend zu machen (Absatz 3 Satz 2).
5. Für die Vergütung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gelten nicht die materiell- und verfahrensrechtlichen Vorschriften des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung. Die Vergütungen werden vielmehr ohne staatliche Interventionsmöglichkeit von den Landesverbänden der Krankenkassen mit der Vertragseinrichtung vereinbart (Absatz 5). Maßstab ist nicht das Selbstkostendeckungsprinzip, sondern eine ausschließlich an den Leistungen orientierte Preisgestaltung, die besonders für solche Einrichtungen vorteilhaft ist, die in der Lage sind, einen hohen Versorgungsstandard kostengünstig anzubieten. Da die Vergütungen frei vereinbart werden, sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 121 ausgenommen. Sie sind jedoch verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 146).

Zu Absatz 6

Die Vorschrift trägt der in mehreren Bundesländern geförderten Entwicklung Rechnung, Krankenhausabteilungen in Rehabilitationsabteilungen umzuwidmen und damit teure, nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhausbetten abzubauen.

Zu § 120 – Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

Durch diese Vorschrift wird der Regelungsinhalt der bisherigen zweiseitigen Verträge auf Landesebene (§ 372 Abs. 1 bis 4 RVO) inhaltlich weiterentwickelt, mit

- der Erweiterung des Regelungskatalogs unter Einbeziehung von Regelungen für den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
- einer Konfliktlösung durch eine unabhängige Landesschiedsstelle,
- der Möglichkeit der Vorgabe von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zum Inhalt der Verträge.

Zu Absatz 1

Die Vertragsparteien erhalten den Auftrag, durch (für zugelassene Krankenhäuser und Krankenkassen gleichermaßen verbindliche) Verträge auf Landesebene eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung der Versicherten zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

Der auch bisher schon offene Regelungskatalog des § 372 Abs. 2 RVO wird erweitert und konkretisiert. Damit sollen der Selbstverwaltung Hinweise über vorrangig zu regelnde Sachbereiche gegeben werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die Konfliktlösung durch die Landesschiedsstelle nach § 122 für den Fall, daß die zweiseitigen Verträge nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande kommen.

Zu Absatz 4

Die Kündigungsvorschrift in Absatz 4 gilt auch für die von der Landesschiedsstelle im Konfliktfall getroffenen Regelungen. Diese bleiben verbindlich, bis sie nach erfolgter Kündigung durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden. Die Vertragsparteien können auch ohne Kündigung die Schiedsstellenentscheidung jederzeit durch einen Vertrag ablösen.

Zu Absatz 5

Den Spitzenverbänden der Beteiligten auf Bundesebene wird in Form einer Sollvorschrift aufgegeben, Rahmenempfehlungen zum Inhalt der zweiseitigen Verträge auf der Landesebene nach Absatz 1 abzugeben.

Zu Absatz 6

Der Regelungsinhalt der zweiseitigen Verträge ist in Absatz 2 Nr. 5 um den „nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege“ erweitert worden. Werden hierzu Regelungen auf Landes- oder Bundesebene getroffen, ist es wegen des Sachzusammenhangs geboten, auch die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen. Die Regelung schließt eine Beteiligung der Träger von Einrichtungen zur Pflege nicht aus, soweit Fragen des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Pflege zu regeln sind.

Zu § 121 – Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorschrift ersetzt die bisher in § 373 RVO vorgesehene Prüfungsregelung. Diese hatte zum Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall durch paritätisch besetzte Prüfungsausschüsse zu überwachen.

Die Neuregelung ermächtigt die Landesverbände der Krankenkassen, zugelassene Krankenhäuser durch gemeinsam mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer, und zwar auch außerhalb des Pflegesatzverfahrens, untersuchen zu lassen (Absatz 1). Die bisherige Einzelfallprüfung ist künftig grundsätzlich dem Medizinischen Dienst vorbehalten. An ihre Stelle tritt hier eine umfassende Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung für das gesamte Krankenhaus. Das schließt nicht aus, daß diese Prüfung (im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst) auch mit der Überprüfung einzelner Behandlungsfälle verbunden werden kann.

Dem Schutz des Krankenhauses dienen u. a. folgende personellen und institutionellen Vorkehrungen:

- Der Prüfer kann nicht einseitig durch die Landesverbände der Krankenkassen bestellt werden. Bei Nichteinigung wird er auf Antrag eines Beteiligten durch die Landesschiedsstelle nach § 122 Abs. 1 bestimmt (Absatz 1 Satz 2).
- Der Prüfer ist bei der Durchführung seines Auftrags, auch wenn dieser einseitig von den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt wird, an Weisungen nicht gebunden (Absatz 1 Satz 3).
- Im Pflegesatz darf das Prüfungsergebnis nur mit Wirkung für die Zukunft umgesetzt werden (Absatz 3). Damit soll verhindert werden, daß die von dem Krankenhausträger mit den Krankenkassen abgeschlossene Pflegesatzvereinbarung nachträglich geändert wird. Hierdurch werden eine Anfechtung der Pflegesatzvereinbarung wegen Täuschung oder Schadensersatzansprüche bei Abrechnungsmanipulationen nicht ausgeschlossen.

Durch Absatz 4 wird klargestellt, daß die psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren nicht nur im Wege der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 121, sondern zusätzlich auch im Rahmen der kassenärztlichen Prüfverfahren nach § 91 Abs. 2 und § 114 Abs. 2 und 3 geprüft werden können. Außerdem sind sie verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 145 zu beteiligen.

Zu § 122 – Landesschiedsstelle

Die Einführung von Landesschiedsstellen zur Schlichtung von Streitigkeiten im Krankenhausbereich knüpft an die geltende Regelung des § 374 RVO (Schiedsstelle) an.

Die Aufgabenstellung der Landesschiedsstellen ist dem neuen Recht entsprechend angepaßt worden. Sie setzen auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der zweiseitigen und dreiseitigen Verträge nach den §§ 120 und 123 fest, soweit diese bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustandekommen (vgl. §§ 120 Abs. 3 und 123 Abs. 3). Ferner bestimmen sie im Rahmen des Verfahrens zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von zugelassenen Krankenhäusern auf Antrag den Prüfer, wenn die Landesverbände der Krankenkassen gemeinsam und der Krankenhausträger sich hierüber nicht einigen können (§ 121 Abs. 1).

Die Vorgaben über Bildung, Zusammensetzung und Geschäftsführung der Schiedsstellen beschränken sich wegen der in Absatz 5 enthaltenen Verordnungsermächtigung zugunsten der Landesregierungen auf einige Grundregelungen.

Zum Vierten Abschnitt — Beziehungen zu Krankenhäusern und Kassenärzten

Zu § 123 — Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten

Mit der Vorschrift wird der Regelungsinhalt der bisherigen dreiseitigen Empfehlungen (Bundesebene) und Verträge (Landesebene) nach § 372 Abs. 5 und 7 RVO inhaltlich weiterentwickelt. Für den Fall des Nichtzustandekommens der Verträge auf Landesebene bis zum 31. Dezember 1989 wird eine Konfliktlösung durch die Landesschiedsstelle nach § 122 neu eingeführt.

Zu Absatz 1

Ziel der dreiseitigen Verträge auf Landesebene ist es, bei grundsätzlicher Beibehaltung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung die bisherige Trennung zwischen beiden Bereichen zu überwinden und eine nahtlose leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten durch Kassenärzte und Krankenhäuser zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert und erweitert den Inhalt der bisher in § 372 Abs. 5 RVO enthaltenen Regelungstatbestände. Zu den neu aufgenommenen Regelungsinhalten zählen insbesondere die Förderung von Praxiskliniken (Nr. 1) sowie die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (Nr. 4), die bislang einer zweiseitigen vertraglichen Regelung zwischen Krankenhäusern und Landesverbänden der Krankenkassen nach § 372 Abs. 4 RVO vorbehalten war. Zur vor- und nachstationären Behandlung sollen die Vertragsparteien auch Regelungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und die Verhinderung von Mißbrauch treffen. Dadurch soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß Versicherte, die etwa auch durch einen niedergelassenen Facharzt ausreichend behandelt werden könnten, nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden. Außerdem soll sichergestellt werden, daß Krankenhäuser Versicherte, die auch ambulant behandelt werden können, nicht aufnehmen, sondern an einen geeigneten niedergelassenen Arzt verweisen.

Die „Einweisung in geeignete Krankenhäuser“, die auf Bundesebene bisher unter die dreiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen nach § 372 Abs. 5 und 7 RVO fiel, wird mit der „Verordnung von Krankenhauspflege“, die bislang der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 368p Abs. 1 RVO vorbehalten war, zu einem einheitlichen Regelungskreis zusammengefaßt und der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses (§ 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und § 81 Abs. 4) zugewiesen.

Die auf Landesebene abgeschlossenen dreiseitigen Verträge sind für alle Beteiligten — Krankenkassen, Kassenärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Lande — unmittelbar verbindlich.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Konfliktlösung für den Fall der Nichteinigung zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene, und zwar durch die Landesschiedsstelle nach § 122, die um die Vertreter der Kassenärzte in der gleichen Zahl erweitert wird, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweiterte Schiedsstelle).

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Verordnungsermächtigung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, mit Zustimmung des Bundesrates den Inhalt der dreiseitigen Verträge zu bestimmen, soweit bis zum 31. Dezember 1990 weder im Wege des Vertrags (Absatz 2) noch durch Festsetzung durch die erweiterte Schiedsstelle (Absatz 3) entsprechende Regelungen zustandekommen.

Zu Absatz 5

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam) sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der dreiseitigen Verträge abgeben.

Zu § 124 — Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Die Vorschrift bestätigt und vereinfacht im wesentlichen das bisherige Recht (§ 368 a Abs. 8 RVO i. V. m. §§ 29 und 31 der Zulassungsordnung für Ärzte).

Wichtigste Neuerung ist die Beseitigung des Unterschiedes zwischen Beteiligung und Ermächtigung. Künftig wird es nur noch das Instrument der Ermächtigung geben. Zuständig für ihre Erteilung ist der Zulassungsausschuß aus Kassenärzten und Krankenkassen (Satz 1). Die Regelung stellt außerdem klar, daß jeder geeignete Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung (nicht stets der Chefarzt) einen Rechtsanspruch auf Ermächtigung hat, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die von ihm beherrschten besonderen Methoden oder Kenntnisse nicht sichergestellt ist. Beherrscht beispielsweise nur der Oberarzt eine bestimmte Behandlungsform, darf nur er, nicht sein Chefarzt ermächtigt werden. Diese zwingende Regelung kann nicht dadurch umgangen werden, daß der Krankenhausträger zugunsten des Chefarztes dem Oberarzt die erforderliche Zustimmung zur ambulan-

ten Behandlung von Kassenpatienten in seinem Krankenhaus verweigert. Der Anspruch auf Ermächtigung ist aber nur so lange gegeben, als die Versorgungslücke nicht durch niedergelassene Kassenärzte geschlossen werden kann. Der ermächtigte Krankenhausarzt hat keinen Vertrauensschutz auf den Fortbestand seiner Ermächtigung.

Die Einzelheiten werden durch die Zulassungsordnung (§ 106 Abs. 2 Nr. 11) geregelt.

Zu § 125 – Polikliniken

Die Vorschrift regelt Art und Umfang der Beteiligung der poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen an der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten und der in § 83 Abs. 3 genannten Personen und Leistungen (Heilfürsorgeberechtigte, Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht). Danach sind die Polikliniken nicht generell zur ambulanten ärztlichen Behandlung dieses Personenkreises ermächtigt. Die Ermächtigung wird vielmehr durch die Zulassungsausschüsse nach § 104 erteilt. Sie ist so zu gestalten, daß die Polikliniken ihre Leistungen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können.

Zu § 126 – Ambulante Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch

Nach bisherigem Recht waren die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung von Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch zu schließen (§ 368 n Abs. 6 Satz 1 RVO). Nunmehr bedürfen diese Einrichtungen wie die Polikliniken (§ 125) statt eines Vertrages einer Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse (§ 104) zu ambulanten ärztlichen Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Die Ermächtigung muß erteilt werden, soweit die materiellen Zulassungsvoraussetzungen nach § 106 nicht entgegenstehen.

Zu § 127 – Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Vorschrift knüpft an die bisherige Regelung des § 368 n Abs. 6 Satz 2 RVO an, mit zwei Unterschieden:

- Psychiatrische Krankenhäuser werden künftig von den Zulassungsausschüssen nach § 104 zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die bisherige vertragliche Regelung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entfällt.
- Auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können von dem Zulassungsausschuß nach § 104 zur ambulanten Leistungserbringung ermächtigt werden. Sie müssen ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende psychiatri-

sche und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist.

Zu § 128 – Sozialpädiatrische Zentren

Die Vorschrift ist neu. Sie dient dem Ziel, Schädigungen oder Störungen bei Kindern, die zu Krankheit führen können, durch frühe Diagnostik, frühe Therapie und frühe soziale Eingliederung zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern. Hierzu ist im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung ein Bündel von integrierten, gezielten medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen notwendig, wie sie zur Zeit vorwiegend nur in fachübergreifend tätigen sozialpädiatrischen Zentren angeboten werden.

Zu Absatz 1

Die Zulassung der sozialpädiatrischen Zentren ist ähnlich der Zulassung von psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern (§ 127) geregelt. Die Zentren können von dem Zulassungsausschuß nach § 104 zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden; sie müssen ermächtigt werden, sofern die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Die Zentren müssen nicht nach § 116 zugelassene Krankenhäuser oder Abteilungen an zugelassenen Krankenhäusern sein. Voraussetzung für die Zulassung von sozialpädiatrischen Zentren ist aber immer, daß sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leistung stehen und – wie zugelassene Krankenhäuser – eine leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleisten können.

Zu Absatz 2 und 3

Die Vorschriften unterstreichen, daß eine wirksame sozialpädiatrische Versorgung das Zusammenwirken von Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften in einer interdisziplinären Funktionseinheit erfordert. Die Zusammensetzung des „Teams“ richtet sich nach den jeweiligen Krankheitsbildern, die das Zentrum nach seinem Versorgungsauftrag behandeln soll. Absatz 2 verzichtet daher hinsichtlich der Art der erforderlichen Fachkräfte bewußt auf abschließende gesetzliche Vorgaben und beschränkt sich stattdessen auf den generellen Maßstab, daß die ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen (einschließlich der psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen) erforderlich, d. h. ausreichend und zweckmäßig sein müssen, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Dem auch für die sozialpädiatrische Versorgung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot kann gegebenenfalls durch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 121 Abs. 4 Geltung verschafft werden.

Absatz 3 verdeutlicht auch für den Bereich der Sozialpädiatrie den grundsätzlichen Vorrang der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte.

Zu § 129 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Die Vorschrift faßt die bisher über die Reichsversicherungsordnung verstreuten Regelungen über die Vergütung der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen in einer Bestimmung zusammen.

Zu Absatz 1

Künftig werden neben den ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte und den poliklinischen Leistungen auch die Leistungen der Einrichtungen nach § 126 aus der Gesamtvergütung vergütet (Satz 1). Der Hinweis auf die für Kassenärzte geltenden „Grundsätze“ macht deutlich, daß die Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Vergütung einen Gestaltungsspielraum haben, soweit dies sachlich geboten erscheint.

Satz 2 stellt klar, daß die Vergütung der ärztlichen Leistungen wie bei den niedergelassenen Kassenärzten grundsätzlich auch die damit verbundenen Personal- und Sachkosten erfaßt. Die komplizierten Vergütungs- und Kostenerstattungsregelungen für ärztliche Sachleistungen nach § 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO werden damit entbehrlich. Vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostenerstattung auch den Vorteilsausgleich umfaßt, bleiben unberührt.

Das in Satz 3 gewählte Abrechnungsverfahren für die Vergütung der von den ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten ambulanten Leistungen soll die Abrechnung erleichtern, die ermächtigten Krankenhausärzte von mit der Abrechnung verbundenem Verwaltungsaufwand befreien und eine ordnungsgemäße Kostenerstattung erleichtern. Der Vergütungsanspruch für die von den ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten ambulanten Leistungen geht durch diese Regelung nicht auf den Krankenhausträger über; der Krankenhausträger gilt lediglich als ermächtigt, die Leistungen gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen und die den Krankenhausärzten zustehende Vergütung in Empfang zu nehmen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entlastet die kassenärztliche Gesamtvergütung insgesamt von der Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen, also auch hinsichtlich der ärztlichen Leistungen (vgl. bisher § 368 n Abs. 6 RVO). Das gleiche gilt für die Vergütung der neu in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommenen ambulanten Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren. Hier wird die als Einheit anzusehende ärztliche und nichtärztliche

Gesamtleistung künftig aufgrund vertraglicher Regelungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

Zu Absatz 3

Die in Satz 1 vorgesehene Möglichkeit der Pauschalierung der Vergütung räumt den Beteiligten einen vertraglichen Gestaltungsspielraum insbesondere dort ein, wo etwa eine Einzelleistungsvergütung zu einer unangemessenen Leistungsausweitung oder zu abrechnungstechnischen Schwierigkeiten führen könnte. Satz 2 bestätigt die bisherige Rechtsprechung und Praxis.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung wird die Konfliktlösung auch für den Bereich der Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und der „Sachnähe“ auf die Schiedsstelle nach § 18 a KHG übertragen.

Zu § 130 – Belegärztliche Leistungen

Mit der Vorschrift bestätigt der Gesetzgeber das Belegarztwesen als eine der wichtigen Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung.

Zu Absatz 1

Die bisher in § 368 g Abs. 6 Satz 2 Halbs. 1 RVO enthaltene Verpflichtung der kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen zur Förderung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen belegärztlichen Versorgung der Versicherten wird auf die Landeskrankenhausgesellschaft oder auf die Vereinigungen der Krankenhausträger und die zugelassenen Krankenhäuser erstreckt (Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 123 Abs. 1).

Die Entscheidung darüber, ob die ärztliche Versorgung im Krankenhaus hauptamtlich oder belegärztlich durchgeführt werden soll, fällt in den Bereich der inneren Struktur des Krankenhauses. Sie unterliegt damit grundsätzlich der Organisationsfreiheit und der in § 1 Abs. 1 KHG besonders betonten wirtschaftlichen Eigenverantwortung des Krankenhausträgers. Andererseits wird das Krankenhaus mit seiner Zulassung zur Krankenhausbehandlung (§ 116) von Gesetz wegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet, das sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung prägt. Der Krankenhausträger muß sich daher der Frage stellen, ob die stationäre Versorgung bei gleicher oder besserer Qualität nicht kostengünstiger in Belegabteilungen gewährleistet werden kann.

Zu Absatz 2

Die Definition des Belegarztes in Absatz 2 entspricht der Begriffsbestimmung des § 2 Abs. 3 BpflV.

Zu Absatz 3

Die Vergütungsregelung knüpft an die bisherige Regelung in § 368g Abs. 6 RVO an. Sie stellt darüber hinaus ausdrücklich klar, daß zu den besonderen Leistungen, die aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind, auch leistungsgerechte Entgelte für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie (unter den in Satz 3 Nr. 2 bezeichneten Voraussetzungen) auch die Kosten des nachgeordneten Dienstes gehören. Beide Leistungen sind nach § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und 3 BpflV den Leistungen des Belegarztes zuzurechnen. Sie dürfen daher nicht über den Pflegesatz, sondern können nur aus der kassenärztlichen Vergütung (bei privatärztlicher Behandlung nach der GOÄ) vergütet werden.

Die vom Belegarzt zu tragenden Kosten für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst fallen auch dann an, wenn dieser während des Bereitschaftsdienstes keine ärztlichen Leistungen erbringt. In der amtlichen Begründung zu § 2 Abs. 3 BpflV hatte daher der Verordnungsgeber den Vertragsparteien der kassenärztlichen Versorgung den ausdrücklichen Hinweis gegeben, daß dieses Problem in einem für die Belegärzte positiven Sinn zu lösen sei (Bundesrats-Drucksache 224/85, S. 51). Absatz 3 unterstreicht diesen Hinweis.

Zu § 131 – Medizinisch-technische Großgeräte

Die Vorschrift führt die bislang unterschiedlichen Abstimmungs- und Sanktionsvorschriften für die Standortbestimmung und den Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenhaus (§§ 10, 17 Abs. 3 Nr. 3 KHG) und niedergelassener Kassenpraxis (§ 368n Abs. 8 Satz 3 RVO) zu einer integrierten Selbstverwaltungslösung für beide Bereiche zusammen.

Zu Absatz 1 und 2

Alle Beteiligten auf Landesebene werden – als gleichberechtigte und gleichgewichtige Mitglieder des neuen Großgeräteausschusses – in den Abstimmungs- und Entscheidungsprozeß einbezogen (Absatz 1 und 2 Satz 1). Die Entscheidungen des Großgeräteausschusses werden für den ambulanten Bereich durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 98) und für den stationären Bereich durch die nach dem KHG beteiligten Stellen (§ 10 KHG), in erster Linie also durch die Länder umgesetzt (Absatz 2 Satz 2). Durch die Richtlinien des Bundesausschusses nach § 100 Abs. 5 wird nunmehr sichergestellt, daß mit nicht abgestimmten Großgeräten erbrachte Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung – ebenso wie im Krankenhausbereich – nicht mehr abgerechnet werden können. Die Abstimmung über den Standort von medizinisch-technischen Großgerä-

ten umfaßt auch die Entscheidung darüber, ob ein Großgerät einem Krankenhaus oder einer Kassenarztpraxis zuzuordnen ist.

Zu Absatz 3 bis 5

In Absatz 3 wird der Selbstverwaltung von Kassen, Krankenhäusern und Kassenärzten unter Einschluß eines Landesvertreters die Bildung von Großgeräteausschüssen in den Ländern oder in Teilen der Länder aufgegeben. Der Vorsitzende des Großgeräteausschusses wird von den Beteiligten aus ihrer Mitte gewählt. Die Übertragung der Konfliktlösung auf das Land gewährleistet eine zügige Streitentscheidung, wenn die Ausschußmitglieder sich im konkreten Fall nicht auf eine gemeinsame Standortbestimmung oder Einsatzplanung für ein Großgerät verständigen können. Sie verhindert außerdem, daß jeweils zwei beteiligte Gruppen stets die dritte überstimmen können (Absatz 4). Absatz 5 gewährleistet einen umfassenden, zügigen Rechtsschutz gegen die Entscheidungen des Großgeräteausschusses.

Zu § 132 – Zuständigkeitsregelung

Die Vorschrift stellt klar, daß auch die Ersatzkassen in das „Beziehungsrecht“ der §§ 115 bis 131 einbezogen sind und regelt für diesen Bereich die Zuständigkeiten innerhalb der Ersatzkassen. Eine entsprechende Zuständigkeitsregelung trifft § 16 Abs. 2 KVLG (siehe Artikel 7) für die landwirtschaftliche Krankenversicherung und § 221 Abs. 3 für die knappschaftliche Krankenversicherung.

Zum Fünften Abschnitt – Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln**Zu § 133 – Zulassung****Zu Absatz 1**

Abweichend vom geltenden Recht wird bei Heilmitteln eine Zulassungsregelung für die Leistungserbringer (z. B. Masseur, medizinische Bademeister, Krankengymnasten, Sprachtherapeuten, Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten) eingeführt. Die Zulassung ist eine öffentlich-rechtliche Entscheidung (§ 31 SGB X). Neben sächlichen Gegenständen ordnet die Rechtsprechung den Heilmitteln auch Dienstleistungen zu, und zwar solche Behandlungsmaßnahmen, die wie Heilmittel angewendet werden und deren Zweck erfüllen (vgl. BSGE Bd. 42, S. 16 ff.). Diese rechtliche Zuordnung wird aufrechterhalten.

Zu Absatz 2 und 3

Anspruch auf Zulassung haben nur Leistungserbringer, die die Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 und 3 erfüllen. Die Bedingungen sollen im Interesse der Versicherten und der Krankenkassen u. a. ge-

währleisten, daß Personen die Leistungen erbringen, die ihre berufsrechtliche und berufspraktische Befähigung nachgewiesen haben.

Zu Absatz 4

Durch Satz 1 soll eine einheitliche Verfahrensweise sichergestellt werden. Dies gilt auch für Fälle, in denen z. B. die Anforderungen an die Praxisausstattung aufgrund unterschiedlicher Berufsbilder der Leistungserbringer voneinander abweichen.

Zu Absatz 5 und 6

Die Vorschriften regeln die Zuständigkeit für die Erteilung und den Entzug der Zulassung. Die Gründe, aus denen die Zulassung widerrufen werden kann, werden genannt.

Zu § 134 – Verträge

Zu Absatz 1

Die Vorschrift knüpft an die bisherige Vorschrift (§ 376 d RVO) an. In Übereinstimmung mit dem geltenden Recht sind Verträge über die Einzelheiten der Leistungserbringung und deren Abrechnung verbindlich vorgesehen.

Zu Absatz 2

Die Berechtigung der Krankenkasse, auf diejenigen Leistungserbringer aufmerksam zu machen, die sich bereit erklären, zu den festgesetzten Festbeträgen oder niedrigeren Beträgen Heilmittel abzugeben, dient der Transparenz für den Versicherten. Sie schafft außerdem einen zusätzlichen Anreiz für die Leistungserbringer, ihre Leistungen preisgünstig anzubieten.

Zu Absatz 3

Soweit am 1. Januar 1989 Vertragspreise mit Leistungserbringern bestehen, werden diese durch Festbeträge abgelöst. In den Fällen, in denen Festbeträge noch nicht festgesetzt sind, gelten die Verträge fort bzw. sind Vertragspreise als Übergangsregelungen vorzusehen. In den Fällen, in denen Festbeträge nicht festgesetzt werden können, (z. B. bei überwiegend auf den Einzelfall bezogenen sächlichen Heilmitteln) gelten die vereinbarten Verträge fort bzw. sind Vertragspreise zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vorzusehen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

Zum Sechsten Abschnitt – Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln

Zu § 135 – Zulassung

Das Verfahren entspricht weitgehend dem Verfahren für die Zulassung der Erbringer von Heilmitteln (vgl. § 133).

Zu § 136 – Verträge

Für die Verträge mit den Leistungserbringern von Hilfsmitteln gelten die gleichen Regelungen wie bei den Verträgen mit den Heilmittelerbringern.

Zu § 137 – Hilfsmittelverzeichnis

Die Regelung entspricht weitgehend dem bisherigen Recht (§ 376 c RVO).

Zum Siebten Abschnitt – Beziehungen zu Apotheken und Arzneimittelherstellern

Zu § 138 – Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

Apotheken im Sinne dieser Vorschrift sind nur sogenannte öffentliche Apotheken, nicht dagegen Krankenhausapotheken.

Zu Absatz 1

Durch die Vorschrift werden die Apotheken bei der Abgabe verordneter Arzneimittel in das Wirtschaftlichkeitsgebot eingebunden.

Die Nummern 1 und 2 verpflichten den Apotheker zur Abgabe preisgünstiger Arzneimittel in den Fällen, in denen der Arzt unter der Benutzung der Wirkstoffbezeichnung oder mit der Erlaubnis der Substitution identisch zusammengesetzter Arzneimittel durch den Apotheker verordnet, sowie in den Fällen, in denen die Verordnung auch für gleichnamige importierte Arzneimittel gilt, soweit diese Arzneimittel auf dem Markt verfügbar sind.

Die Verpflichtung zur Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen nach Nummer 3 soll bewirken, daß bei unbestimmter Mengenangabe des Arztes sowie in Fällen, bei denen die Verordnung des Arztes durch Teilmengen oder die Kombination unterschiedlicher Teilmengen bzw. Packungsgrößen erfüllbar ist, die wirtschaftlichste Alternative abgegeben wird.

Nummer 4 entspricht dem geltenden Recht (vgl. § 376 Abs. 4 RVO).

Zu Absatz 2

Hier wird ein gemeinsamer Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung vorgesehen.

Zu Absatz 3

Für die Krankenkassen erlangt der Rahmenvertrag Rechtswirkung über die Satzungen der Landesverbände.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt den Ausschluß von Apothekern von der Versorgung von Versicherten.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift läßt ergänzende Verträge auf Landesebene zu.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift ermöglicht den Erlass einer Rechtsverordnung, um das Nähere der Verpflichtungen nach Absatz 1 für eine wirtschaftliche und preisgünstige Abgabe verordneter Arzneimittel zu regeln.

Zu § 139 – Rabatt

Mit dieser Vorschrift wird der Kassenabschlag von bisher 5% übernommen und der Festsetzung von Festbeträgen bei der Abschlagsbemessung Rechnung getragen.

Zu § 140 – Rahmenverträge mit Arzneimittelherstellern**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift ermächtigt die Spitzenverbände von Krankenkassen und Arzneimittelherstellern zu vertraglichen Regelungen über die Versorgung mit Arzneimitteln. Damit soll die Mitwirkung der Arzneimittelhersteller an der Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung der Versicherten erleichtert werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift enthält abschließend die vertraglich regelbaren Gegenstände.

Regelungen nach Nummer 1 sollen zur Vereinheitlichung therapiegerechter Packungsgrößen vergleichbarer Arzneimittel und damit zu mehr Transparenz für den verordnenden Arzt beitragen.

Nummer 2 ermöglicht Maßnahmen, die sich aus der Nutzung datentechnischer Einrichtungen für die Erfassung von „Arzneimitteldaten“ ergeben.

Zum Achten Abschnitt – Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern**Zu § 141 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe**

Die Anstellung von Personen zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und von Haushaltshilfe war bisher in § 376b RVO geregelt. Die Neuregelung, die auch die häusliche Pflegehilfe umfaßt, verpflichtet die Krankenkassen, die Vielfalt der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Als Vertragspartner der Krankenkasse kommen nicht nur öffentliche und private Pflegeeinrichtungen – insbesondere Sozialstationen –, sondern auch selbständig tätige Krankenpflegepersonen in Betracht. Auf die Bedeutung der Pflegekräfte der Freien Wohlfahrtspflege ist besonders hinzuweisen. Die Heranziehung solcher Kräfte hat nach den Grundsätzen der Subsidiarität Vorrang vor der Anstellung eigener Kräfte durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen haben die Leistungserbringer nach fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten auszuwählen. Insbesondere muß sichergestellt werden, daß eine den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht werdende wohnortnahe und qualifizierte Pflegeleistung gewährleistet ist.

Zu § 142 – Versorgung mit Krankentransportleistungen**Zu Absatz 1**

Nach dieser Vorschrift schließen die Krankenkassen Verträge über die Erbringung und Vergütung von Kranken- und Rettungstransporten mit geeigneten Leistungserbringern.

Zu Absatz 2

Der Einfluß der Krankenkassen auf die Gebührengestaltung für Krankentransporte und Rettungsfahrten ist unterschiedlich. Nur zum Teil sind Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und den Beförderungsorganisationen vorgesehen (vgl. Rechtslage in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland). Im übrigen werden vor der (einseitigen) Festsetzung der Entgelte die Krankenkassen lediglich angehört. Das gilt für Bremen, Hamburg, überwiegend für Schleswig-Holstein und Niedersachsen sowie teilweise in Nordrhein-Westfalen. Für diese Fälle beschränkt die Vorschrift die Leistungspflicht der Krankenkasse auf Festbeträge, wenn die Voraussetzungen der Nummern 1 oder 2 vorliegen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift erstreckt die Vertragslösung auch auf Krankentransporte im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes (§ 51 Abs. 6 PBefG).

Zu § 143 – Vergütung von Hebammenleistungen

Die Ermächtigung, die Gebühren für Hebammen durch Verordnung zu regeln, beruhte auf § 376a RVO. Nach der Neufassung des Hebammengesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902) können auch Männer diesen Beruf ausüben (Entbindungspfleger). Dem trägt die Vorschrift Rechnung.

Zum Neunten Abschnitt – Sicherung der Qualität der Leistungserbringung**Zu § 144 – Qualitätssicherung in der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der kassenärztlichen Versorgung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt für bestimmte ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besondere Qualifikationserfordernisse fest.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht vor, daß die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung festlegen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift verpflichtet die Vertragspartner, die Dauer der Gewährleistung für Zahnersatz auf ein Jahr auszudehnen. Die sechsmonatige Gewährleistungsfrist im Verhältnis Arzt-Patient nach § 638 des Bürgerlichen Gesetzbuches wird dadurch nicht berührt. Es ist Sache der Zahnärzte, mit den Zahn Technikern eine Gewährleistung von entsprechender Dauer zu vereinbaren.

Zu Absatz 5

Durch die Vorschrift wird für die Krankenkassen mehr Transparenz über die personelle und technische Ausstattung der Praxislaboratorien geschaffen.

Zu Absatz 6

Durch die Anhörung der Zahn Techniker soll gewährleistet werden, daß deren Sachverstand beim Erlaß von Richtlinien für die Auswahl von Dentallegierungen berücksichtigt wird.

Zu § 145 – Qualitätsprüfung im Einzelfall

Durch diese Vorschrift soll eine Qualitätsprüfung der Leistungserbringung im Einzelfall über das bisherige Ausmaß hinaus (Laboruntersuchungen) ermöglicht werden. Die Qualitätsprüfung kann mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung verbunden werden.

Zu § 146 – Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus sowie in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sollen eine medizinisch hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sicherstellen. Die nähere Ausgestaltung wird vertraglich geregelt.

Die Einholung einer „Zweitmeinung“ vor der Durchführung eines chirurgischen Eingriffs soll die Prüfung der Notwendigkeit dieser Maßnahmen ermöglichen. Die Zweitmeinung dient der Abklärung einer medizinischen Entscheidungssituation.

Zu § 147 – Neue Heilmittel

Die Verordnung neuer Heilmittel ist von der Anerkennung ihres therapeutischen Nutzens durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen abhängig.

Zu § 148 – Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Hilfsmitteln soll eine wirtschaftliche und medizinisch einwandfreie Leistungserbringung sichergestellt werden. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen kann sich dabei der Hilfe anderer Stellen, z. B. der Orthopädischen Versorgungsstellen, bedienen.

Zum Zehnten Abschnitt – Eigeneinrichtungen der Krankenkassen**Zu § 149 – Eigeneinrichtungen****Zu Absatz 1**

Der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen können nach Inkrafttreten des Gesetzes weiter betrieben werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift berücksichtigt Ausnahmen, z. B. selbst von der Krankenkasse durchzuführende Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (§ 20 Abs. 2).

Zum Fünften Kapitel — Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**Zu § 150 — Konzertierte Aktion****Zu Absatz 1**

Die Konzertierte Aktion wird beibehalten, ihre Aufgaben werden konkretisiert. Die Konzertierte Aktion hat — basierend auf den medizinischen und wirtschaftlichen Orientierungsdaten — gesundheitspolitische Prioritäten und Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen. Dies gilt im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung in allen Versorgungsbereichen insbesondere für den Abbau von Überversorgung sowie den Ausgleich von Unterversorgung.

Zu Absatz 2

Bei Abgabe der Empfehlungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten; dieser Begriff wird im Gesetz näher erläutert. Für den Krankenhausbereich gilt der Grundsatz für die Krankenhäuser insgesamt; § 4 Abs. 2 KHG bleibt unberührt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift zählt die Mitglieder der Konzertierten Aktion abschließend auf.

Zu § 151 — Unterstützung der Konzertierten Aktion**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 405a Abs. 4 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung einen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion berufen kann.

Zum Sechsten Kapitel — Organisation der Krankenkassen**Allgemeines**

In diesem Kapitel wird das bisher im Dritten, Vierten, Achten und Neunten Abschnitt des Zweiten Buches der RVO geregelte Organisationsrecht der Kranken-

kassen behandelt. Das geltende Recht wird weitgehend systematisiert und lesbarer gemacht.

Der *Erste Abschnitt* enthält die Regelungen über die Organisationsstrukturen der Krankenversicherung. An dem Grundsatz der gegliederten Krankenversicherung wird festgehalten. Gegenüber dem geltenden Recht sind folgende Änderungen vorgesehen:

- Die Ersatzkassen werden in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen.
- Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, sich auch über Landesgrenzen hinweg zu vereinigen.
- Bestehen bei Orts- oder Innungskrankenkassen eines Bundeslandes erhebliche Beitragssatzunterschiede, kann die zuständige Aufsichtsbehörde auf Antrag einer notleidenden Krankenkasse einzelne oder alle Ortskrankenkassen bzw. Innungskrankenkassen des betreffenden Bundeslandes vereinigen, wenn sämtliche Versuche gescheitert sind, durch freiwillige Zusammenschlüsse einzelner Krankenkassen oder durch einen Finanzausgleich auf Landesverbandsebene der notleidenden Krankenkasse zu helfen.

Im *Zweiten Abschnitt* werden die Krankenkassenzuständigkeiten sowie die Krankenkassenwahlrechte für die einzelnen Versichertengruppen geregelt. Eine wesentliche Änderung des geltenden Rechts ist nicht vorgesehen.

Im *Dritten Abschnitt* wird bei weitgehender Übernahme des geltenden Rechts das Mitgliedschaftsrecht der bisherigen RVO-Krankenkassen und der Ersatzkassen weitgehend angeglichen.

Der *Vierte Abschnitt* regelt die Meldepflichten mit Ausnahme der Arbeitgeberpflichten und zählt sämtliche Meldetatbestände auf; das geltende Recht wird übernommen.

Zu den Einzelvorschriften**Zum Ersten Abschnitt — Arten der Krankenkassen****Zum Ersten Titel — Ortskrankenkassen****Zu § 152 — Bezirke der Ortskrankenkassen****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht inhaltlich den §§ 226, 231 RVO. Auch in Zukunft soll ein Netz von Ortskrankenkassen bestehen, das das gesamte Bundesgebiet einschließlich West-Berlin umfaßt. Auf eine Errichtungsvorschrift kann verzichtet werden, da überall Ortskrankenkassen bestehen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ermächtigt die Landesregierung, Kassenbezirke sich ändernden Grenzen der Gebietskörperschaften anzupassen, um Überschneidungen – etwa nach einer Gebietsreform – zu vermeiden.

Die Regelungen über „besondere Ortskrankenkassen“ (§§ 239 bis 244 RVO) entfallen ersatzlos, da solche Krankenkassen nicht mehr bestehen; deren Mitgliederkreise sind im wesentlichen in den Innungs- und Ortskrankenkassen aufgegangen. Entbehrlich ist auch die Regelung, nach der die Aufsichtsbehörde die Errichtung einer Ortskrankenkasse anordnen oder im Wege der Ersatzvornahme die Krankenkasse selbst errichten kann, da überall Ortskrankenkassen bestehen.

Zu § 153 – Freiwillige Vereinigung

Die Vorschrift übernimmt weitgehend geltendes Recht und vereinfacht und strafft die Verfahrensvorschriften. Sie geht davon aus, daß die Schaffung größerer Einheiten sinnvoll ist, um ausgewogene Risikostrukturen zu schaffen und ein Finanzausgleichsverfahren zu vermeiden.

Zu Absatz 1

Die Regelung geht über die §§ 265, 280, 281 RVO hinaus, weil auch Vereinigungen über die Landesgrenzen hinweg ermöglicht werden sollen. Damit wird den besonderen Gegebenheiten in länderübergreifenden Problemgebieten Rechnung getragen.

Zu Absatz 2

Gegenüber den §§ 285 bis 290, 292 RVO wird das Verfahren vereinfacht.

Zu Absatz 3

Die Regelung umschreibt die notwendigen Handlungen der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung des § 284 RVO und des § 46 Abs. 4 SGB IV.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift bestimmt die Rechtsfolgen der Vereinigung. Die zu vereinigenden Kassen werden geschlossen und verlieren damit ihre Rechtsfähigkeit. In bestehende Rechte und Pflichten der bisherigen Kassen tritt die neu errichtete Kasse ein. Auch die Beschäftigungsverhältnisse einschließlich der Rechtsverhältnisse der Dienstordnungsangestellten gehen auf die neue Kasse über. Mit der generellen Nachfolgeklausel werden § 291 RVO sowie die Auseinandersetzungsvorschriften der §§ 285 bis 296 RVO gegenstandslos.

Zu § 154 – Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag**Zu Absatz 1**

Zur Behebung hoher Bedarfssatzabweichungen vom Landesdurchschnitt ist auf Antrag einer notleidenden Krankenkasse oder des zuständigen Landesverbandes eine Vereinigung mehrerer oder aller Ortskrankenkassen eines Landes durch die Landesregierung vorgesehen. Wegen der erheblichen Auswirkungen auf die Kassenstruktur soll diese Vereinigung durch Rechtsverordnung erfolgen. Sie darf als letztes Mittel zur Beitragssatzangleichung nur erfolgen, wenn ein Finanzausgleich nach den Vorschriften dieses Gesetzes wirkungslos bliebe und eine freiwillige Vereinigung nicht zustande kommt. Der Selbstverwaltung ist Vorrang vor staatlichen Maßnahmen eingeräumt. Selbst nach Antragstellung bleiben der Selbstverwaltung zwölf Monate Zeit, Ausgleichsmechanismen in Gang zu setzen.

Zu Absatz 2

Die Definition des Bedarfssatzes entspricht weitgehend § 414b Abs. 2a Satz 2 und 3 RVO. Nicht zu berücksichtigen sind Erprobungsleistungen nach § 71, während Zuschüsse zu Zahnersatz nach § 30 und die Aufwendungen, die die Krankenkassen in Härtefällen nach den §§ 69 und 70 übernehmen müssen, in die Ermittlung des Bedarfssatzes einfließen.

Zu § 155 – Verfahren bei Vereinigung innerhalb eines Landes auf Antrag**Zu Absatz 1 bis 3**

Die Vorschrift übernimmt die wesentlichen Grundsätze aus dem Verfahren bei freiwilliger Vereinigung.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ermächtigt die Aufsichtsbehörde zur Ersatzvornahme, wenn die Krankenkassen ihren Verpflichtungen aus Absatz 1 nicht innerhalb der von der Aufsichtsbehörde gesetzten Frist nachkommen.

Zum Zweiten Titel – Betriebskrankenkassen**Zu § 156 – Voraussetzungen der Errichtung**

Die Vorschrift übernimmt weitgehend geltendes Recht. Die in § 245 Abs. 2 RVO enthaltene Ausschlussklausel, Betriebskrankenkassen im Handwerk zu errichten, entfällt.

Zu Absatz 1

Nummer 1 entspricht § 245 Abs. 1 RVO. Unerheblich ist, ob die versicherungspflichtig Beschäftigten der Ortskrankenkasse, einer Innungskrankenkasse oder einer Ersatzkasse angehören. Für die Beibehaltung einer Sonderregelung in Landwirtschaft und Binnenschifffahrt besteht kein Bedürfnis mehr.

Nummer 2 entspricht § 248 Nr. 3 RVO.

Nummer 3 übernimmt § 248 Nr. 1 RVO. An der Prüfung der Leistungs- und Bestandsgefährdung der von der Errichtung betroffenen Ortskrankenkassen wird festgehalten, um eine zu starke Entsolidarisierung zu Lasten der Ortskrankenkassen durch Herauslösung besonderer Risikostrukturen zu verhindern. Eine Bestandsgefährdung wird insbesondere dann angenommen, wenn infolge der geplanten Errichtung der betroffenen Krankenkasse die Gefahr einer zwangsweisen Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse droht. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind bei der Prüfung von Leistungs- und Bestandsgefährdung auch frühere Mitgliederverluste durch Errichtung von Betriebskrankenkassen zu berücksichtigen.

§ 248 Nr. 2 RVO kann wegen der Vereinheitlichung des Leistungsrechts entfallen.

Zu Absatz 2

Satz 1 entspricht weitgehend § 362 Abs. 1 RVO. Die Worte „und Verantwortung“ können entfallen, da der Arbeitgeber für die Tätigkeit der bei der Betriebskrankenkasse Beschäftigten nicht verantwortlich ist. Satz 2 stellt sicher, daß es nicht zu Interessenkollisionen zwischen betrieblicher Personalverwaltung und Tätigkeit für die Betriebskrankenkasse durch Personenidentität kommt.

Zu § 157 – Verfahren bei Errichtung

Die Neuregelung übernimmt im wesentlichen das geltende Recht.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht den §§ 252, 253, 320 RVO. Die Aufsichtsbehörde, die nach § 90 SGB IV ihre Aufgaben auf andere Behörden übertragen kann, stellt sicher, daß die Vorschriften über das Errichtungsverfahren beachtet werden. Die Krankenkasse muß nach Errichtung mindestens 450 Mitglieder umfassen; dies können Mitglieder sein, die der Krankenkasse nach § 183 gesetzlich zugewiesen werden oder die die Mitgliedschaft bei ihr gewählt haben. Ersatzkassenmitglieder können als Nachweis bedingte Erklärungen über ihr Ausscheiden aus der Ersatzkasse abgeben.

Zu Absatz 2

Satz 1 enthält eine Klarstellung, daß sämtliche im Betrieb beschäftigten volljährigen Arbeitnehmer, die der Betriebskrankenkasse nach ihrer Errichtung angehören oder die Mitgliedschaft bei ihr wählen können, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit – also auch Ersatzkassenmitglieder – abstimmungsberechtigt sind. Satz 2 ermöglicht es der Aufsichtsbehörde, eine andere Behörde, insbesondere das örtliche Versicherungsamt, mit der Leitung des Abstimmungsverfahrens zu beauftragen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt den Rechtsgedanken der § 253 Abs. 1, § 324 Abs. 1 RVO unter Berücksichtigung der Regelung des § 37 Abs. 1 SGB IV. Zweckmäßigerweise wird die Aufsichtsbehörde einen Errichtungszeitpunkt wählen, an dem ein reibungsloser Übergang der Versicherten möglich ist. Dies wird in der Regel der Beginn des nächsten Quartals sein.

Zu § 158 – Ausdehnung auf weitere Betriebe

Die Rechtsprechung hat die Errichtungsvorschriften bei der Ausdehnung der Betriebskrankenkasse auf selbständige Betriebe desselben Arbeitgebers entsprechend angewandt. Die Vorschrift regelt die Ausdehnung der Betriebskrankenkasse nunmehr im Gesetz. Für das Anschlußerrichtungsverfahren gelten die Vorschriften des Errichtungsverfahrens nach § 157.

*Zu § 159 – Freiwillige Vereinigung**Zu Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht § 270 RVO.

Zu Absatz 2

Für die Durchführung der Vereinigung wird auf die Verfahrensvorschriften verwiesen, die bei einer freiwilligen Vereinigung von Ortskrankenkassen gelten.

Zu § 160 – Ausscheiden von Betrieben

Die Vorschrift systematisiert das bisher in den §§ 280, 298 Abs. 1 Nr. 5 und 6 RVO geregelte Verfahren bei Ausscheiden von Betrieben.

Zu § 161 – Auflösung

Die §§ 272, 280 RVO werden inhaltlich übernommen. Für den Auflösungsbeschluß der Vertreterversammlung ist im Hinblick auf die Bedeutung des Beschlus-

ses für die Belegschaft des Betriebes eine qualifizierte Mehrheit notwendig.

Zu § 162 – Schließung

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 273 Abs. 1 Nr. 1 und 3 und § 274 Nr. 4 RVO.

Zu § 163 – Auseinandersetzung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 298 Abs. 1 Nr. 5 und 6, Abs. 2 und 3 RVO. Sie strafft und systematisiert geltendes Recht. Das Vermögen einer Kasse (vgl. §§ 80 ff SGB IV), das auch aus Beiträgen der ausscheidenden Mitglieder angesammelt wurde, ist anteilmäßig mit zu übertragen, wenn infolge Ausscheidens eines Betriebes, Schließung oder Auflösung der Betriebskrankenkasse eine ganze Personengruppe auf eine andere Krankenkasse übergeht.

Zu § 164 – Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

Zu Absatz 1 und 2

Die Regelungen entsprechen weitgehend § 301 RVO. Absatz 2 Satz 4 enthält eine Ausnahme für Ansprüche aus der Versicherung und für Forderungen auf Grund zwischen- oder überstaatlichen Rechts, da in diesem Bereich die Abwicklung häufig nicht in sechs Monaten möglich ist.

Zu Absatz 3 und 4

Die Vorschriften übernehmen den Inhalt der §§ 294, 296, 303, 304 RVO. Zur primären Haftung des Arbeitgebers tritt die Garantieträgerschaft des zuständigen Landesverbandes der Betriebskrankenkassen, um den Insolvenzschutz der Gläubiger zu verstärken.

Zu § 165 – Betriebskrankenkassen öffentlicher Verwaltungen

Die Vorschrift übernimmt § 246 RVO und verweist auf die entsprechende Anwendung der Vorschriften über Betriebskrankenkassen privater Arbeitgeber.

Zum Dritten Titel – Innungskrankenkassen

Zu § 166 – Errichtung

Die Vorschrift entspricht § 250 Abs. 1 und § 251 Abs. 1 RVO. Auf die Begründung zu § 156 wird Bezug genommen.

Zu § 167 – Verfahren bei Errichtung

Die Bestimmung übernimmt und vereinfacht das geltende Recht. Sie gleicht das Verfahren an die für Betriebskrankenkassen geltende Regelung an.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend den §§ 252, 253 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt die Voraussetzungen aus § 250 Abs. 1 Satz 1 RVO.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verweist hinsichtlich des weiteren Verfahrens auf die entsprechenden Vorschriften für Betriebskrankenkassen.

Zu § 168 – Ausdehnung auf weitere Handwerksinnungen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 250 Abs. 1 a RVO. Auch bei der Ausdehnung ist ein förmliches Errichtungsverfahren durchzuführen.

Zu Absatz 2 und 3

Die Vorschriften entsprechen § 33 Abs. 2 bis 5 des Selbstverwaltungsgesetzes.

Zu § 169 – Vereinigung von Innungskrankenkassen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 276 Abs. 1 und den §§ 280 ff RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 276 Abs. 2 und den §§ 280 ff RVO.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht auch für Innungskrankenkassen eine Vereinigung durch die Landesregierung vor, wenn sich besonders hohe Bedarfssatzunterschiede nicht beheben lassen. Die für die Vereinigung von

Ortskrankenkassen geltenden Bestimmungen finden entsprechende Anwendung.

Zu § 170 — Ausscheiden einer Handwerksinnung

Die Vorschrift entspricht § 298 Abs. 1 Nr. 8 und den §§ 280ff RVO.

Zu § 171 — Auflösung

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die Regelungen der §§ 278, 280ff RVO. Sie sieht zusätzlich eine qualifizierte Mehrheit bei der Abstimmung in der Vertreterversammlung vor. Die Regelung entspricht der für Betriebskrankenkassen geltenden Vorschrift des § 161.

Zu § 172 — Schließung

Die Vorschrift übernimmt weitgehend die §§ 279ff RVO; sie entspricht § 162.

Zu § 173 — Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung bei Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte

Zu Absatz 1

Mit der Verweisung in Satz 1 auf das für Betriebskrankenkassen geltende Recht wird der bisherige Rechtszustand weitgehend beibehalten (vgl. §§ 299 bis 304 RVO). Satz 2 übernimmt die Regelungen der §§ 304, 296 Abs. 2 RVO, nach der die Innung für ungedeckte Verbindlichkeiten haftet. Mehrere Trägerinnungen haften als Gesamtschuldner. Sind die Trägerinnungen außerstande, für die Verbindlichkeiten der Innungskrankenkasse aufzukommen, geht — ähnlich wie in § 164 Abs. 4 Satz 3 bei Betriebskrankenkassen — die Haftung auf den Landesverband bzw. den Bundesverband über.

Zu Absatz 2

Die Regelung enthält eine notwendige Klarstellung über die rechtlichen Folgen der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse für die vorhandenen Versorgungsempfänger und ihre Hinterbliebenen.

Zu Absatz 3 bis 5

Im Interesse des von der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse betroffenen Personals wird vorgesehen, daß grundsätzlich sowohl den dienstordnungsmäßigen Angestellten als auch den übrigen Bediensteten der Krankenkasse die Weiterbeschäftigung entweder beim zuständigen Landes-

verband der Innungskrankenkassen oder bei einer anderen Innungskrankenkasse anzubieten ist. Die Übernahme der Beschäftigten soll zu denselben oder mindestens gleichwertigen Bedingungen erfolgen. Nur in den Fällen, in denen eine Weiterbeschäftigung des Bediensteten nicht möglich ist, sollen die Vertragsverhältnisse enden.

Zum Vierten Titel — See-Krankenkasse

Zu § 174 — Errichtung, Organe

Zu Absatz 1

Die See-Krankenkasse bleibt eine besondere Abteilung der Seekasse (§ 476 Abs. 1 RVO).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß die See-Krankenkasse nach einer eigenen Satzung verwaltet wird; diese wird von der Vertreterversammlung der Seekasse erlassen. Durchgeführt wird die Verwaltung von Organen der Seekasse (§ 476 Abs. 2 RVO). Damit wird die bisherige Organisation beibehalten.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 488 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 6 RVO. Die besondere Ermächtigung der Aufsichtsbehörde zur Regelung der Rechnungsführung nach § 488 Abs. 5 Satz 2 RVO kann im Hinblick auf die §§ 67ff SGB IV, insbesondere auf § 78 SGB IV, entfallen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die Leistungsgewährung durch andere Krankenkassen; sie entspricht weitgehend § 483 RVO.

Zum Fünften Titel — Landwirtschaftliche Krankenkassen

Zu § 175 — Landwirtschaftliche Krankenkassen

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nach § 18 KVLG sind Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 21 Abs. 2 SGB I). Die landwirtschaftliche Krankenversicherung wird im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt.

Zum Sechsten Titel — Bundesknappschaft**Zu § 176 — Bundesknappschaft**

Die Bundesknappschaft ist eine Krankenkasse i. S. des Fünften Buches (vgl. auch § 21 Abs. 2 SGB I). Die Differenzierung nach § 225 RVO entfällt. Besonderheiten der knappschaftlichen Krankenversicherung werden weitgehend in dieses Buch aufgenommen und im Reichsknappschaftsgesetz aufgehoben.

Zum Siebten Titel — Ersatzkassen**Zu § 177 — Ersatzkassen**

Das neue Recht sieht eine weitgehende Gleichstellung aller Krankenkassen im Bereich des Leistungs-, Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts vor, weil die unterschiedlichen Regelungen in diesen Bereichen zu unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassenarten geführt haben. Die Änderung des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt einem späteren Gesetz vorbehalten.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift definiert Ersatzkassen als Krankenkassen, bei denen die Mitgliedschaft nicht auf gesetzlicher Zuweisung, sondern allein auf der Ausübung des Kassenwahlrechts beruht. Da der Begriff „Beitritt“ durch § 9 belegt ist, wurde auf die Terminologie der §§ 504 und 505 RVO aus Gründen der Rechtsklarheit verzichtet und ein anderer Begriff gewählt.

Zu Absatz 2

Satz 1 und 2 entsprechen dem geltenden Recht (vgl. § 4 der 12. AufbauVO). Zum Mitgliederkreis gehören auch Schwerbehinderte und Rentner, die während ihres Erwerbslebens die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse gewählt haben (vgl. § 193 Abs. 3 Nr. 2). Der Mitgliederkreis darf nur durch Gesetz auf weitere Personen erstreckt werden. Er bestimmt sich nicht nur nach den in der Satzung umschriebenen Berufsgruppen, sondern auch nach dem dort festgelegten Kassenbezirk, der ebenfalls nur durch Gesetz erweitert werden darf.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ermöglicht eine Anpassung des Mitgliederkreises durch Rechtsverordnung des BMA, wenn die Normen über die Berufsbilder geändert werden oder bei betriebsartenbezogenen Ersatzkassen sich ohne Klarstellung Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben.

Zu den §§ 178 und 179 — Auflösung, Schließung

Für die Auflösung und Schließung von Ersatzkassen wird eine dem Recht der Betriebs- und Innungskrankenkassen entsprechende Regelung geschaffen.

Zu § 180 — Auseinandersetzung, Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen

Für die Verteilung des Restvermögens finden die für die Betriebs- und Innungskrankenkassen geltenden Bestimmungen Anwendung. Die Garantieträgerschaft wird dem jeweiligen Ersatzkassenverband auferlegt, um bei Insolvenzfällen die Gläubiger zu schützen.

Zum Achten Titel — Anhörung bei organisatorischen Veränderungen**Zu § 181 — Anhörungsrecht der Verbände**

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 414 h RVO.

Zum Zweiten Abschnitt — Zuständigkeit und Wahlrechte**Zum Ersten Titel — Zuständigkeit der Krankenkassen****Zu § 182 — Zuständigkeit der Ortskrankenkassen**

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 234 Abs. 1 RVO, wonach die Ortskrankenkassen zuständig sind, wenn keine andere Regelung über die Kassenzuständigkeit eingreift. Satz 2 stellt klar, daß nur bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die örtliche Zuständigkeit der Ortskrankenkasse des Beschäftigungsortes begründet ist; in allen anderen Fällen einer Versicherungspflicht bestimmt der Wohnort die Kassenzuständigkeit.

Zu § 183 — Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 245 Abs. 3 RVO.

Zu § 184 — Zuständigkeit der Innungskrankenkassen**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht inhaltlich weitgehend § 250 Abs. 1 RVO. Die Regelung des § 245 Abs. 2 RVO über den Ausschluß von Betriebskrankenkassen im Zuständigkeitsbereich der Innungskrankenkassen entfällt.

Zu Absatz 2

Satz 1 entspricht der 2. Alternative des § 308 RVO. Satz 2 übernimmt den Grundgedanken des § 250 Abs. 4 RVO.

Zu § 185 — Zuständigkeit der See-Krankenkasse

Die Regelung entspricht § 477 RVO. Die Begriffe „Seefahrzeuge“ und „Seemannslehrlinge“ werden der Terminologie des Sozialgesetzbuchs angepaßt.

Zu § 186 — Zuständigkeit der Bundesknappschaft

Die Regelung übernimmt geltendes Recht. In der knappschaftlichen Krankenversicherung sollen weiterhin alle versicherungspflichtig Beschäftigten versichert sein, die nach den §§ 1ff des Reichsknappschaftsgesetzes und weiteren Vorschriften knappschaftlich zu versichern sind.

Zu § 187 — Zuständigkeit für Mehrfachbeschäftigte

Die Vorschrift entspricht § 309 Abs. 1 und 2 RVO. Für die Übernahme der Ermächtigungsgrundlage des § 309 Abs. 3 RVO besteht kein Bedürfnis.

Zu § 188 — Zuständigkeit für unständig Beschäftigte

Die Vorschrift entspricht den §§ 441 und 442 RVO.

Zu § 189 — Zuständigkeit für Beschäftigte bei einer Krankenkasse

Die Vorschrift überträgt den Rechtsgedanken des § 234 Abs. 2 RVO auch auf die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen. Damit wird der Rechtsprechung Rechnung getragen (vgl. Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. 4. 1975 — BSGE 39, 231f.).

Zu § 190 — Zuständigkeit für besondere Personengruppen

Die Vorschrift übernimmt die bisherigen Zuständigkeitsregelungen für besondere Personengruppen. Sie entspricht § 257b Abs. 1, § 257c Abs. 1, § 257d Abs. 2 Nr. 2 und § 257e Abs. 1 RVO. Die Auffangzuständigkeit der Ortskrankenkasse des Wohnortes nach § 257b Abs. 3, § 257c Abs. 3, § 257d Abs. 1 und § 257e Abs. 3 RVO ergibt sich aus § 182.

Zu § 191 — Zuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 257a Abs. 1 und 4 RVO. Die subsidiäre Zuständigkeit der Ortskrankenkasse des Wohnorts ergibt sich aus § 182.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt die Regelung des § 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 245 Abs. 6 und § 250 Abs. 5 RVO.

Zum Zweiten Titel — Wahlrechte der Mitglieder**Zu § 192 — Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte**

Die Vorschrift faßt die bestehenden Wahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte zusammen.

Zu Absatz 1

Satz 1 macht das Wahlrecht zu einer Ersatzkasse weiterhin davon abhängig, daß der Versicherungspflichtige zu dem Mitgliederkreis gehört, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Ist die Ersatzkasse auf einen bestimmten Kassenbezirk beschränkt, so hat nur der in diesem Bezirk Wohnhafte oder Beschäftigte ein Wahlrecht zu dieser Ersatzkasse. Satz 2 entspricht dem geltenden Recht (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 4 der 12. AufbauVO).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, daß die Entscheidung zum Kassenwechsel gegenüber der gewählten Ersatzkasse zu erklären ist. Diese muß den Beschäftigten aufnehmen und darf ihm die Aufnahme nicht verweigern oder erschweren, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherung bei dieser Krankenkasse erfüllt.

Zu Absatz 3

Die Mitteilung des Kassenwechsels an den Arbeitgeber nach Satz 1 soll es diesem ermöglichen, die Beiträge an die zuständige Krankenkasse abzuführen. Satz 2 übernimmt im wesentlichen die Bestimmungen der § 517 Abs. 2 und § 518 RVO.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift stellt klar, daß auch ein Wechsel von der Ersatzkasse zur zuständigen Primärkasse möglich ist.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift macht den Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse davon abhängig, wann das Wahlrecht ausgeübt wird. Eine Rückwirkung erfolgt nur, wenn der versicherungspflichtig Beschäftigte das Wahlrecht innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt und dem Arbeitgeber mitgeteilt hat. Satz 3 entspricht § 521 Abs. 1 Satz 1 RVO.

Zu § 193 – Wahlrechte besonderer Personengruppen

Die Vorschrift übernimmt bestehende und schafft neue Kassenwahlrechte für besondere Personengruppen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 257b Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 und 3, § 257c Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 und 4, § 257c Abs. 2 und 4 RVO sowie § 4 Abs. 1 Satz 6 der 12. AufbauVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 257d RVO und § 4 Abs. 4 der 12. AufbauVO.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 257a Abs. 1, 3 bis 5 RVO. Während der Zeit der Rentenantragstellung bis zur Bekanntgabe des Rentenbescheides soll die Mitgliedschaft in jedem Fall bei der Kasse bestehen, bei der zuletzt vor Rentenantragstellung die Versicherung durchgeführt wurde. Ein Kassenwahlrecht steht dem Rentner erst nach Bekanntgabe des die Rente bewilligenden Bescheides zu.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 257a Abs. 2 RVO. Vgl. im übrigen die Begründung zu Absatz 3.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift regelt abschließend die Kassenwahlrechte von Rentnern und Rentenantragstellern, bei denen die Bundesknappschaft nach § 102 des Reichsknappschaftsgesetzes für die Feststellung der Rente

zuständig ist. Nach geltendem Recht haben Knappschaftsrentner anders als Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten nur ein sehr eingeschränktes Kassenwahlrecht. Ist die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig, führt dies zu einer Versicherung des Rentners in der knappschaftlichen Krankenversicherung, und zwar selbst in den Fällen, in denen der Rentner während des größten Teils seines Erwerbslebens Mitglied einer anderen Krankenkasse gewesen ist. Diese Einschränkung des Kassenwahlrechts ist unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten (Artikel 3 GG) bedenklich. In Absatz 5 Nr. 1 wird daher für die Rentner und Rentenantragsteller, die in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung bei einer anderen Krankenkasse als der Bundesknappschaft versichert waren, die Möglichkeit vorgesehen, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse zu wählen, bei der sie zuletzt vor Rentenantragstellung versichert waren. Hinterbliebene, die eine Rente beantragen, für deren Feststellung die Bundesknappschaft zuständig ist, können bei der Krankenkasse bleiben, bei der sie vor Rentenantragstellung versichert waren. Nummer 2 übernimmt das bisher in § 19 Abs. 2 a Satz 2 des Reichsknappschaftsgesetzes enthaltene Wahlrecht.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift stellt klar, daß die gewählte Krankenkasse die Mitgliedschaft nicht ablehnen darf.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift bestimmt für alle Krankenkassen, zu welchem Zeitpunkt die Ausübung des Wahlrechts wirksam wird.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung für versicherungspflichtige Rentner.

Zu § 194 – Wahlrecht für freiwillige Mitglieder**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift stellt klar, daß freiwillige Mitglieder, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, bei ihrer Krankenkasse Mitglied bleiben können (vgl. auch § 313 RVO).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift erweitert das Kassenwahlrecht für freiwillige Mitglieder nach § 238 RVO. Für eine ausschließliche Zuständigkeit der See-Krankenkasse für bestimmte freiwillige Mitglieder besteht kein sachlicher Grund; § 478 Abs. 1 RVO wird daher gestrichen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 können beitragsberechtigte Schwerbehinderte jeder Ersatzkasse beitreten.

- Zu Absatz 3**
Die Vorschrift statuiert die Aufnahmepflicht der gewählten Krankenkasse.
- Zum Dritten Abschnitt – Mitgliedschaft und Verfassung**
- Zum Ersten Titel – Mitgliedschaft**
- Zu § 195 – Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**
- Zu Absatz 1**
Die Vorschrift entspricht § 306 Abs. 1 RVO.
- Zu Absatz 2**
Die Vorschrift entspricht § 443 Abs. 1 und 2 RVO.
- Zu Absatz 3**
Die Vorschrift entspricht § 306 Abs. 6 RVO.
- Zu Absatz 4**
Die Vorschrift stellt klar, daß die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe auf das Erwerbsleben vorbereitet werden, mit dem Beginn der Maßnahme beginnt.
- Zu Absatz 5**
Die Vorschrift übernimmt § 306 Abs. 3 RVO mit der Maßgabe, daß die Mitgliedschaft bereits mit Beginn der Maßnahme und nicht erst mit Bezug des Übergangsgeld beginnt. Hiermit wird ein lückenloser Versicherungsschutz sichergestellt.
- Zu Absatz 6**
Die Vorschrift regelt den Beginn der Mitgliedschaft von in anerkannten Einrichtungen tätigen Behinderten.
- Zu Absatz 7**
Die Vorschrift entspricht § 306 Abs. 4 RVO.
- Zu Absatz 8**
Die Vorschrift entspricht § 306 Abs. 5 RVO.
- Zu Absatz 9**
Die Vorschrift entspricht § 306 Abs. 2 RVO.
- Zu § 196 – Beginn der Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Krankenkasse**
Die Vorschrift entspricht den §§ 307, 308 RVO.
- Zu § 197 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft**
- Zu Absatz 1**
Bei Beendigung der Mitgliedschaft durch Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (§ 199) beginnt die freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend zu diesem Zeitpunkt, um einen lückenlosen Versicherungsschutz sicherzustellen.
- Zu Absatz 2**
In den Fällen, in denen vorher keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat, beginnt die Mitgliedschaft entsprechend dem Grundgedanken des § 310 Abs. 1 RVO mit dem Beitritt.
- Zu Absatz 3**
Aus Gründen der Rechtssicherheit soll künftig eine mündliche Beitrittserklärung nicht mehr ausreichen.
- Zu § 198 – Mitgliedschaft von Rentenantragstellern**
Absatz 1 entspricht § 315 a Abs. 1 Satz 2 RVO. Absatz 2 entspricht § 315 a Abs. 2 RVO.
- Zu § 199 – Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**
- Zu Absatz 1**
Die Vorschrift entspricht § 312 Abs. 2 Nr. 1 RVO.
- Zu Absatz 2**
Die Vorschrift entspricht der gegenwärtigen Rechtslage.
- Zu Absatz 3**
Anders als nach geltendem Recht (§ 165 Abs. 5 RVO) bleibt die Mitgliedschaft bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze erhalten, sofern die für die Weiterversicherung notwendige Vorversicherungszeit erfüllt ist und das Mitglied nicht innerhalb von

zwei Wochen nach Hinweis über die Austrittsmöglichkeit kündigt.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 443 Abs. 3 RVO.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift übernimmt § 312 Abs. 4 a RVO.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift regelt das Ende der Mitgliedschaft von in Einrichtungen der Jugendhilfe beschäftigten Personen.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift regelt das Ende der Mitgliedschaft von Teilnehmern an berufsfördernden Reha-Maßnahmen.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift betrifft die in anerkannten Einrichtungen beschäftigten Behinderten.

Zu Absatz 9

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 312 Abs. 3 RVO.

Zu Absatz 10

Die Vorschrift übernimmt § 312 Abs. 4 RVO.

Zu Absatz 11

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 312 Abs. 2 Nr. 2 und 3 RVO.

Zu Absatz 12

Die Vorschrift enthält eine Sonderregelung für Ersatzkassen, die inhaltlich weitgehend § 513 RVO und den Satzungsbestimmungen aller Ersatzkassen entspricht. Da durch die Sonderregelung das durch § 9 gegenüber dem geltenden Recht eingeschränkte Beitrittsrecht nicht umgangen werden darf, kann die Mit-

gliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft nur dann fortgesetzt werden, wenn die Voraussetzungen des Beitrittsrechts vorliegen. Nach neuem Recht ist das Mitglied seitens der Ersatzkasse ausdrücklich auf die Austrittsmöglichkeit hinzuweisen.

Die Fortsetzung der Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft kann nicht in Betracht kommen, wenn unmittelbar im Anschluß an das Ende der Pflichtmitgliedschaft ein Versicherungspflichttatbestand erfüllt wird.

Zu § 200 — Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die Regelung über das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft übernimmt weitgehend geltendes Recht; darüber hinaus wird eine Vereinheitlichung des Mitgliedschaftsrechts aller Kassenarten herbeigeführt.

Nummer 2 stellt den Vorrang der Pflichtmitgliedschaft vor der freiwilligen Mitgliedschaft klar.

Nummer 3 übernimmt inhaltlich § 314 RVO. Der Zahltag ist nach § 203 Abs. 2 Nr. 4 in der Satzung festzulegen.

Nummer 4 sieht eine einheitliche Frist bei Kündigung durch das Mitglied vor, die in der Satzung verkürzt werden darf.

Zu § 201 — Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht weitgehend § 311 Satz 1 RVO. Der Zeitraum, in dem die Mitgliedschaft bei Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses ohne Entgeltzahlung erhalten bleibt, wird von drei Wochen auf einen Monat verlängert. Neu ist die unbegrenzte Fortdauer der Mitgliedschaft während rechtmäßiger Arbeitskämpfmaßnahmen; damit tritt gegenüber dem geltenden Recht (§ 311 Satz 1 Nr. 1 und § 183 Abs. 1 RVO) in diesem Bereich eine erhebliche Verbesserung ein (vgl. auch § 19 Abs. 2). Bei rechtswidrigem Streik gilt die Begrenzung auf einen Monat. Bei rechtswidriger Aussperrung bleibt die Mitgliedschaft wegen des weiterbestehenden Anspruchs auf Entgeltzahlung erhalten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 311 Satz 2 RVO.

Zu § 202 – Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehrdienst oder Zivildienst

Die Vorschrift entspricht § 209 a Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 RVO.

Zum Zweiten Titel – Satzung, Organe**Zu § 203** – Satzung der Krankenkassen*Zu Absatz 1*

Die Regelung erweitert den Mindestinhalt der Satzung einer Krankenkasse über § 321 RVO hinaus. Nummer 9 enthält eine Konkretisierung des § 77 SGB IV.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 323 RVO und konkretisiert den Regelungsgehalt des § 30 SGB IV.

Zu § 204 – Genehmigung der Satzung*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift hat angesichts des § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB IV nur deklaratorischen Charakter. Es erfolgt lediglich eine Rechts-, nicht eine Zweckmäßigkeitprüfung.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 326 Abs. 1 RVO. Satz 2 entspricht § 326 Abs. 2 RVO, überläßt aber der Aufsichtsbehörde die Bestimmung der Frist zur Durchführung ihrer Anordnung. Es ist eine Sonderregelung gegenüber § 89 SGB IV.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift erweitert den Regelungsinhalt des § 326 Abs. 3 RVO, indem sie auch nachträgliche Umstände erfaßt, die eine Satzungsänderung erforderlich machen.

Zu § 205 – Einsichtnahme in die Satzung

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 325 RVO. Einsichtsberechtigt gegenüber dem geltenden Recht sind alle Personen, die ein berechtigtes Interesse haben. Die Information über Regelungen aus der Kranken-

ordnung ist entbehrlich, da Krankenordnungen praktisch keine Bedeutung mehr haben.

Zu § 206 – Vertreterversammlung

Diese Vorschrift faßt – in Anlehnung an § 345 RVO – die wesentlichen Kompetenzen der Vertreterversammlung einer Krankenkasse zusammen, die bisher in zahlreichen Vorschriften der RVO verstreut geregelt sind. Die Vorschriften des SGB IV, etwa § 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, bleiben unberührt.

Zum Vierten Abschnitt – Meldungen**Zu § 207** – Meldepflicht des Arbeitgebers für versicherungspflichtig Beschäftigte

Es handelt sich um eine Verweisungsvorschrift mit deklaratorischer Bedeutung.

Zu § 208 – Meldepflichten bei unständiger Beschäftigung

Absatz 1 übernimmt § 444 Abs. 1 RVO. Absatz 2 entspricht § 446 RVO.

Zu § 209 – Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift regelt, wer für sonstige versicherungspflichtige Personen die Meldepflichten des Arbeitgebers nach den §§ 28 a bis 28 c des Vierten Buches zu erfüllen hat.

Satz 1 Nr. 1 und 2 entspricht teilweise § 165 Abs. 7 RVO. Nummer 3 entspricht § 318 d Abs. 1 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 318 RVO.

Zu § 210 – Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug*Zu den Absätzen 1 bis 3*

Die Vorschriften entsprechen inhaltlich § 317 Abs. 4, 4 a und 5 RVO.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 317 Abs. 6 Nr. 1 RVO. Nummer 2 enthält die Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers, der Krankenkasse den Tag der Rücknahme des Rentenanspruchs zu melden, da mit diesem Tag die Mitgliedschaft enden kann. Num-

mer 3 und Nummer 4 übernehmen im wesentlichen § 317 Abs. 6 Nr. 2 und 3 RVO. Nummer 5 führt eine Meldepflicht hinsichtlich Beginn und Ende der Beitragszahlung aus der Rente ein, damit die Krankenkassen erkennen können, ob der Rentenversicherungsträger für die in der Krankenversicherung der Rentner Versicherten auch tatsächlich Beiträge abführt oder ob dies nicht infolge von Fehlschlüsselungen unterblieben ist.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht § 317 Abs. 7 RVO.

Zu § 211 — Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Die Vorschrift erweitert die Meldepflichten der Zahlstelle von Versorgungsbezügen nach § 317 Abs. 9 RVO. Da diese bisher nur die Veränderungen der Versorgungsbezüge zu melden hatte, wurden beitragspflichtige Versorgungsbezüge bisher häufig nicht oder nicht rechtzeitig erfaßt. Dadurch kam es zu erheblichen Nachzahlungsforderungen der Krankenkassen gegenüber Empfängern von Versorgungsbezügen. Im Interesse der Krankenkassen und der Versicherten soll deshalb eine möglichst frühzeitige beitragsrechtliche Erfassung der Versorgungsbezüge erreicht werden. Nur soweit bisher keine Beiträge aus Versorgungsbezügen abgeführt worden sind, ist zu ermitteln, ob eine entsprechende Beitragspflicht besteht. Bei laufenden Beitragszahlungen aus Versorgungsbezügen sind wie bisher nur Veränderungen zu melden.

Im übrigen entsprechen Satz 1 und 2 dem bisherigen § 318 Abs. 8 Satz 2, Abs. 9 RVO. Satz 3 ermöglicht den Krankenkassen, praxisgerechte Abweichungen zu vereinbaren, sofern eine korrekte Beitragsabführung gewährleistet ist.

Zu § 212 — Meldepflichten bei Bezug von Erziehungsgeld

Die Regelung übernimmt § 318 d Abs. 2 RVO.

Zu § 213 — Meldepflichten bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 209 a Abs. 3 RVO. Hierbei wird ein Redaktionsversehen korrigiert. Der Bundesminister der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle hat nicht das Ende einer Wehrübung (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 des Wehrpflichtgesetzes), sondern das Ende des Wehrdienstes in der Verfügungsbereitschaft (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 des Wehrpflichtgesetzes) und des unbefristeten Wehrdienstes im Verteidigungsfall (§ 4 Abs. 1 Nr. 4 des Wehrpflichtgesetzes) zu melden. Andernfalls stünde der zweite Halbsatz im

Widerspruch zu den Regelungen des ersten Halbsatzes, die die Meldepflichten des Arbeitgebers betreffen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 209 a Abs. 5 Satz 1 RVO.

Zu § 214 — Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Die Vorschrift entspricht § 317 Abs. 8 Satz 1 RVO.

Zu § 215 — Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

Zu Absatz 1

Die Vorschrift präzisiert und erweitert § 318 a RVO und konkretisiert die allgemeine Regelung des § 60 SGB I. Die Krankenkasse hat nur dann ein berechtigtes Interesse an der Erfüllung der Auskunfts- und Mitteilungspflichten des Versicherten, wenn ihr die erforderlichen Angaben nicht bereits durch Dritte ordnungsgemäß gemeldet werden. Bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern ist § 28 o des Vierten Buches vorrangig maßgebend.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt für den Bereich der allgemeinen Krankenversicherung die bisher in § 61 Abs. 5 Satz 3 KVLG nur für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherte bestehende Pflicht zum Ersatz von Aufwendungen, die durch die Pflichtverletzung des Versicherten der Krankenkasse entstanden sind.

Zum Siebten Kapitel — Verbände der Krankenkassen

Allgemeines

Das Siebte Kapitel regelt das Recht der Verbände der Krankenversicherung, das bislang in den §§ 406 bis 415 b und 525 c RVO sowie in Nebengesetzen (z. B. Reichsknappschaftsgesetz) niedergelegt ist.

Gegenüber dem geltenden Recht sind insbesondere folgende wichtigere Änderungen zu nennen:

- Erweiterung der Aufgaben der Bundesverbände entsprechend der zwischenzeitlichen Entwicklung (§ 226).
- Regelung der Beschlußfassung in den Fällen, in denen die Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich zu entscheiden haben (§ 222).

Zu den Einzelvorschriften**Zu § 216 – Bildung und Vereinigung von Landesverbänden****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift übernimmt den Grundsatz des § 414 Abs. 1 RVO, daß in jedem Land ein Landesverband für jede Kassenart gebildet wird.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt sicher, daß dort, wo im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart bestehen, diese mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörden fortbestehen können. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde fingiert, wenn sie nicht ausdrücklich bis zum 31. Dezember 1989 versagt wird. Nach diesem Zeitpunkt kann die Zustimmung unter Einhaltung einer einjährigen Frist widerrufen werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, daß für den Fortbestand länderübergreifender Landesverbände Artikel 3 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen gilt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 dient der Verwaltungsökonomie.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht bisherigem Recht.

Zu § 217 – Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Geschäftsführer, Statistiken

Die Vorschrift regelt Zuständigkeit und Befugnisse der Aufsichtsbehörden weitgehend entsprechend dem bisherigen Recht.

Zu § 218 – Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände

Die Bestimmungen über die Selbstverwaltungsorgane der Landesverbände entsprechen dem bisherigen Recht.

Zu § 219 – Satzung der Landesverbände

Die Vorschrift regelt entsprechend dem bisherigen Recht, welchen Mindestinhalt Landesverbandssatzungen haben müssen.

Durch Absatz 2 wird die Verbindlichkeit von Verträgen und Richtlinien für die Landesverbände und die Krankenkassen festgelegt.

Zu § 220 – Aufgaben der Landesverbände

Der Aufgabenkatalog der Landesverbände entspricht inhaltlich weitgehend dem bisherigen Recht. Durch die Neufassung von Absatz 2 Nr. 8 wird die Wahrnehmung von Verbandsaufgaben im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung erleichtert.

Zu § 221 – Bundesverbände, Bundesknappschaft, Verbände der Ersatzkassen

Die Rechtsstellung der Bundesverbände, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkassen entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 222 – Spitzenverbände**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift definiert den Begriff „Spitzenverbände der Krankenkassen“.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Modus der Beschlußfassung in den Fällen, in denen die Spitzenverbände nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich Entscheidungen zu treffen haben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 überträgt die Entscheidung im Konfliktfall dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und dem Bundesminister für Wirtschaft.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift ermöglicht den Spitzenverbänden gesetzlich neue Formen der Kooperation.

Zu § 223 — Aufsicht

Die Aufsicht über die Bundesverbände wird entsprechend dem bisherigen Recht geregelt.

Zu § 224 — Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände

Die Regelung über die Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 225 — Satzung der Bundesverbände

Die Regelung über die Satzungen der Bundesverbände entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 226 — Aufgaben der Bundesverbände**Zu Absatz 1**

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht.

Zu Absatz 2

Der Aufgabenkatalog der Bundesverbände wird gegenüber dem bisherigen Recht um die in den Nummern 4 bis 7 genannten Zuständigkeiten erweitert. Damit wird der inzwischen eingetretenen Entwicklung Rechnung getragen.

Zu Absatz 3

Die Regelung trägt der Notwendigkeit einer gemeinsamen Aufgabenerfüllung der einzelnen Kassenarten in den abschließend genannten Aufgabengebieten Rechnung.

Zu Absatz 4

Die Regelung entspricht dem bisherigen Recht.

Zu § 227 — Regionale Kassenverbände

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen § 406 RVO.

Zu § 228 — Arbeitsgemeinschaften

Die Vorschrift soll die Kooperation zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden fördern.

Zum Achten Kapitel — Finanzierung**Allgemeines**

Das Kapitel enthält Vorschriften über die Beitragsberechnung, die Verteilung der Beitragslast, die Beitragsabführung sowie die Höhe des Beitragszuschusses des Arbeitgebers. Darüber hinaus werden Regelungen über die Verwendung und Verwaltung der Mittel sowie über allgemeine kassenarteninterne Finanzausgleiche und den kassenartenübergreifenden Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner getroffen. Im geltenden Recht sind diese Regelungen in den §§ 180, 363 bis 367, 380 bis 405 sowie § 520 RVO enthalten.

Im *Ersten Abschnitt* steht neben einer Systematisierung des geltenden Rechts die Schaffung größerer Beitragsgerechtigkeit für freiwillige Mitglieder im Vordergrund. Der Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder wird angehoben.

Der *Zweite Abschnitt* bestimmt, daß der Beitragsanteil des Arbeitgebers bei pflichtversicherten Arbeitnehmern grundsätzlich 50 % des Beitrages betragen soll, der für den Beschäftigten an seine Krankenkasse tatsächlich zu zahlen ist, gleichgültig, ob er bei einer Pflicht- oder Ersatzkasse versichert ist. Außerdem wird der Arbeitgeber hinsichtlich der Beiträge eines bei einer Ersatzkasse versicherten Beschäftigten zum Beitragsschuldner; die Ersatzkasse wird gleichberechtigte Einzugsstelle.

Der *Dritte Abschnitt* übernimmt hinsichtlich der Verwendung und Verwaltung der Mittel der Krankenkassen das geltende Recht.

Im *Vierten Abschnitt* werden die Voraussetzungen für freiwillige kassenarteninterne Finanzausgleiche auf Landesebene erleichtert sowie die rechtlichen Voraussetzungen für kassenarteninterne länderübergreifende Finanzausgleiche geschaffen. Zur Beseitigung von Fehlentwicklungen in dem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner wird die inhaltliche Ausgestaltung und das Verfahren verbessert. Hierdurch sollen die Unwirtschaftlichkeiten in Zukunft beseitigt werden.

Zu den Einzelvorschriften**Zum Ersten Abschnitt — Beiträge****Zum Ersten Titel — Aufbringung der Mittel****Zu § 229 — Grundsatz****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 385 Abs. 1 Satz 2 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht den §§ 387, 391 RVO.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß eine Krankenkasse die Beiträge zu ermäßigen hat, wenn ihre Einnahmen die Ausgaben übersteigen. Voraussetzung ist allerdings, daß das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagengesoll erreicht ist.

Zu § 230 — Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Ortskrankenkassen

Die Vorschrift entspricht § 389 RVO. Die Beibehaltung einer Beitragssatz-Obergrenze wird weiter für erforderlich gehalten, sie wird aber im Hinblick auf das gestiegene Beitragssatzniveau angehoben. Für ein Überschreiten der Beitragssatz-Obergrenze ist auch nach künftigem Recht ein Mehrheitsbeschluß sowohl der Arbeitgeberseite wie auch der Versicherenseite in der Vertreterversammlung erforderlich. Außerdem ist für die Aufsichtsbehörde ein Wahlrecht zwischen einer Zwangsvereinigung mit anderen Ortskrankenkassen oder der Erhöhung der Beiträge vorgesehen.

Zu § 231 — Überschreiten einer Beitragssatz-Obergrenze bei Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 390 RVO. Hinsichtlich der Anhebung der Beitragssatz-Obergrenze und der erforderlichen Mehrheiten bei der Abstimmung siehe die Begründung zu § 230.

Zu Absatz 2

Die bisher in § 390 RVO vorgesehene Zuschußpflicht des Arbeitgebers bei Betriebskrankenkassen sowie der Innung bei Innungskrankenkassen entfällt. Sie hätte in den Fällen, in denen der für die Beitragssatz-

anhebung erforderliche Beschluß der Vertreterversammlung nicht zustande kommt und ein daraufhin vom Arbeitgeber oder der Innung gestellter Antrag auf Auflösung der Krankenkasse in der Vertreterversammlung ebenfalls nicht die notwendige Mehrheit findet, zu einer unangemessenen, sachlich nicht zu rechtfertigenden Belastung des Arbeitgebers bzw. der Innung geführt. Künftig soll daher — wie bei den Ortskrankenkassen — die Aufsichtsbehörde den erforderlichen Beitragssatz festsetzen, wenn der für die Beitragssatzanhebung erforderliche Beschluß der Vertreterversammlung nicht zustande kommt. Außerdem wird der Aufsichtsbehörde das Recht eingeräumt, statt der Beitragssatzanhebung die Schließung der Krankenkasse oder bei Innungskrankenkassen die Vereinigung mit anderen Innungskrankenkassen vorzunehmen.

Zu § 232 — Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Der bisherige Begriff „Grundlohn“ wird durch den Begriff „beitragspflichtige Einnahmen“ ersetzt. Die Grundlohnvorschriften des § 180 Abs. 1 Satz 2 bis 4 RVO, die sowohl für die Berechnung der baren Leistungen der Krankenkasse als auch für die Beitragsberechnung maßgebend sind und z. T. mit der Vorschrift des § 385 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz RVO übereinstimmen, werden systemgerecht in das Beitragsrecht eingeordnet.

Zu § 233 — Beitragsfreiheit bei Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld

Die Vorschrift entspricht § 383 RVO. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Lohnersatzleistungen. Vermögenswirksame Leistungen bleiben entsprechend der bisherigen Rechtsauffassung beitragsfrei.

Zu § 234 — Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

Die Vorschrift entspricht § 381 Abs. 3 Satz 2 RVO. Beitragsfreiheit besteht nicht, wenn eine Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften besteht.

Zum Zweiten Titel — Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder**Zu § 235 — Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht der Regelung des § 180 Abs. 6 RVO für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Hierbei wird klargestellt, daß nur das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der

Beitragspflicht unterliegt. Satz 2 übernimmt die bisherige Regelung des § 180 Abs. 1 Satz 2 letzter Halbsatz und des § 165 Abs. 2 Satz 3 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich die Regelung des § 381 Abs. 2 Satz 3 RVO. Die Beitragsfreigrenze von 10 DM wird durch einen dynamisierten Freibetrag der betreffenden beitragspflichtigen Einnahmen ersetzt. Hierdurch wird eine Gleichbehandlung der Versicherten unabhängig von den unterschiedlichen Beitragssätzen der Krankenkassen erreicht.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 385 Abs. 1 Satz 5 RVO.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 381 Abs. 5 RVO. Für Schwangere, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist oder die unter Wegfall ihres Arbeitsentgelts beurlaubt worden sind, bleibt die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wie bisher erhalten (§ 201 Abs. 2). Die Beitragsberechnung wird zukünftig der Satzung überlassen, um eine einkommensgerechte Einstufung zu ermöglichen.

Zu § 236 – Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahmen

Die Vorschrift entspricht § 385 Abs. 1 a RVO.

Zu § 237 – Rente als beitragspflichtige Einnahmen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 180 Abs. 8 Satz 1 RVO. Anders als bisher unterliegen nunmehr alle Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Beitragspflicht. Zum Zahlbetrag der Rente gehören nicht die in dem Rentenzahlbetrag enthaltenen Kinderzuschüsse. Leistungen aufgrund von Beiträgen zur Höherversicherung sind jedoch beim Zahlbetrag der Rente zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 381 Abs. 2 Satz 2 RVO.

Zu § 238 – Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt die in § 180 Abs. 8 Satz 2 RVO abschließende Aufzählung der beitragspflichtigen Versorgungsbezüge.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 381 Abs. 2 Satz 2 RVO.

Zu § 239 – Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter

Die Vorschrift systematisiert das geltende Recht (§ 180 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 6 RVO). Dabei wird verdeutlicht, daß bei versicherungspflichtig beschäftigten Rentnern das Arbeitsentgelt und sonstige beitragspflichtige Einnahmen einerseits sowie die Rente andererseits jeweils getrennt bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die Beitragsberechnung herangezogen werden (doppelte Beitragsbemessungsgrenze).

Zu § 240 – Erstattung von Beiträgen

Die Vorschrift sieht – wie bisher – eine Erstattung von Beiträgen in den Fällen vor, in denen durch die Beitragsberechnung aus mehreren Einkommensarten nach § 235 Beiträge aus einem über der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung liegenden Betrag berechnet worden sind. Das geltende Recht wird systematisiert (§ 385 Abs. 1 b, § 393 a Abs. 6 RVO).

Die Übergangsvorschrift des § 393 a Abs. 7 RVO kann im Hinblick auf die Verjährungsvorschriften entfallen.

Zu § 241 – Beitragspflichtige Einnahmen unständig Beschäftigter

Die Vorschrift entspricht § 445 RVO.

Zu § 242 – Beitragspflichtige Einnahmen der Seeleute

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 479 Abs. 1 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift beschränkt die Anwendung der bisherigen Regelung des § 479 Abs. 2 RVO auf Seeleute. Im übrigen werden die Befugnisse nach Absatz 2 der Vertreterversammlung übertragen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung des § 479 Abs. 3 i. V. m. § 180 Abs. 6 RVO.

Zu § 243 – Beitragspflichtige Einnahmen der Künstler und Publizisten*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht den bisherigen Regelungen der §§ 180 a Abs. 1, 393 Abs. 2 Satz 1 bis 3 RVO für die nach dem KSVG versicherungspflichtigen Mitglieder. Die Vorschrift ist erforderlich, da bei Künstlern zunächst von vorläufigen beitragspflichtigen Einnahmen ausgegangen wird.

Zu Absatz 2

Bei Künstlern werden bei der Beitragsberechnung auch Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge sowie sonstiges Arbeitseinkommen berücksichtigt, soweit es neben einer Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Zu § 244 – Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift übernimmt die Regelungen der §§ 180 Abs. 3 a, 385 Abs. 3 a RVO und des § 180 Abs. 1 a RVO. Bei Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen oder die in Einrichtungen für Behinderte, insbesondere in Berufsbildungswerken, an einer berufsfördernden Maßnahme teilnehmen und die kein Entgelt erhalten, ist auch künftig der Beitragsbemessung ein Fiktiventgelt zugrunde zu legen, dessen Höhe sich aus der Sachbezugsverordnung ergibt. Dabei ist die in § 1 Abs. 1 Satz 3 der Sachbezugsverordnung vorgesehene Ermäßigung des festgesetzten Wertes für freie Kost und Wohnung um 15 % zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bezieht das Versorgungskrankengeld in die beitragspflichtigen Einnahmen ein, die der Beitragsbemessung bei Rehabilitanden zugrunde gelegt werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt für die nach dem Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (SVBG) versicherten Behinderten die Regelung des § 4 SVBG über die Berechnung des Mindestarbeitentgelts.

Zu Absatz 4

Die Regelung stellt klar, wie die Beiträge zu berechnen sind, wenn Jugendliche und Behinderte in Einrichtungen sowie Rehabilitanden über verschiedene Einnahmearten verfügen, die zusammen die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen. Die Einnahmen werden in folgender Reihenfolge zur Beitragsbemessung herangezogen: Arbeitsentgelt, Entgelt, das der Berechnung des Übergangsgeldes, Verletztengeldes oder Versorgungskrankengeldes zugrunde gelegt wurde, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen.

Zu § 245 – Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht der Regelung des § 180 Abs. 3 b RVO für Studenten und Praktikanten. Anders als im geltenden Recht sind Änderungen des Bedarfstrages aus Gründen der Verwaltungsökonomie erst vom Beginn des auf die Änderung folgenden Semesters an zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht der Anrechnungsvorschrift des § 381 Abs. 2 a RVO.

Zu § 246 – Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner

Die Vorschrift entspricht § 180 Abs. 5 RVO.

Zu § 247 – Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtiger Rentner

Die Vorschrift übernimmt die Rangfolge des § 180 Abs. 5 RVO.

Zu § 248 – Beitragsbemessung bei Rentenantragstellern

Nach Satz 1 sollen Rentenantragsteller mit Ausnahme der in § 234 genannten Personen bei der Beitragsberechnung wie freiwillige Mitglieder behandelt werden. Dies entspricht weitgehend dem bisher geltenden Recht (§§ 381 Abs. 3 Satz 2, 385 Abs. 2 b RVO). Anstelle der Beitragsbemessung nach § 180 Abs. 4 RVO sollen für diesen Personenkreis künftig die Bestimmungen der Satzung gelten. Durch die Verweisung auf die Regelung des § 249 wird sichergestellt, daß bei der Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Rentenantragstellers berücksichtigt wird.

Nach Satz 2 werden Personen, die gegen den Entzug der Rente Klage erhoben haben, den Rentenantragstellern gleichgestellt. Damit wird vermieden, daß die

Mitgliedschaft für die Dauer des Klageverfahrens mangels beitragspflichtiger Einnahmen nach § 246 beitragsfrei durchgeführt werden muß.

Zu § 249 — Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ermöglicht es allen Krankenkassen, das Beitragsrecht für freiwillige Mitglieder autonom in der Satzung zu regeln. Dieses Recht hatten bisher nur die Ersatzkassen. Damit können sachgerechte Sonderregelungen insbesondere für Selbständige und einkommenslose freiwillig versicherte Ehegatten getroffen werden. Bei der Beitragsgestaltung ist die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen, d. h. alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, sind ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen. Diese Regelung bedeutet aber auch, daß der Beitragsberechnung nicht automatisch bestimmte Einnahmen zum Lebensunterhalt unterstellt werden können, ohne daß die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit geprüft wird.

Zu Absatz 2

Ein freiwilliges Mitglied darf beitragsmäßig nicht geringer belastet werden als ein vergleichbarer versicherungspflichtig Beschäftigter. Insoweit werden der Gestaltungsfreiheit der Krankenkasse Grenzen gesetzt. Die allgemeinen Vorschriften über die Beitragsberechnung, insbesondere die Vorschriften über die Beitragsberechnung bei Einmalzahlungen und über die Ermäßigung von Beiträgen, finden Anwendung.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt sicher, daß die Krankenkassen bei Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in jedem Fall die an freiwillige Mitglieder gezahlten Beitragszuschüsse der Rentenversicherung erhalten. Die Regelung ist aus Gründen der Gleichbehandlung mit den versicherungspflichtig Beschäftigten mit Rentenbezug notwendig.

Zu Absatz 4

Der Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder wird angehoben, da bei dem jetzigen Mindestbeitrag Leistung und Gegenleistung nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen. Der Mindestbeitrag beträgt 1988 ca. 65 DM. Nach neuem Recht wird er sich verdoppeln.

Zu Absatz 5

Die Krankenkasse kann auch Beitragsklassen vorsehen. Hierbei sind die Regelungen der vorhergehenden Absätze zu beachten. Die Vorschriften über Beitragssätze gelten entsprechend.

Zum Dritten Titel — Beitragssätze

Zu § 250 — Allgemeiner Beitragssatz

Satz 1 übernimmt die bisherige Regelung, wonach die Beiträge in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben werden (§ 385 Abs. 1 Satz 1 RVO). Satz 2 stellt klar, daß der „allgemeine“ Beitragssatz für Mitglieder gilt, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen einen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.

Zu § 251 — Erhöhter Beitragssatz

Die Vorschrift übernimmt § 385 Abs. 1 Satz 4 RVO.

Zu § 252 — Ermäßigter Beitragssatz

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht Beitragssatzermäßigungen nur noch für Mitglieder vor, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder bei denen die Krankenkasse den Leistungsumfang beschränkt hat; dies gilt insbesondere für die Teilkostenerstattung nach § 14. Ein Ruhen von Leistungsansprüchen führt nicht zu einer Beitragssatzermäßigung, da die Ansprüche aus der Familienversicherung nach § 10 weiterbestehen. Für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, gilt für Beiträge aus der Rente die Sondervorschrift des § 256.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt die Grundsätze klar, die von der einzelnen Krankenkasse im Interesse einer gerechten Beitragsfestsetzung bei der Ermäßigung von Beiträgen zu beachten sind (vgl. auch Urteil des BSG vom 28. April 1987 — 12 RK 41/85 —).

Zu § 253 – Beitragssatz für Wehrdienstleistende und Zivildienstleistende

Die Vorschrift übernimmt § 209 a RVO.

Zu § 254 – Beitragssatz für Studenten und Praktikanten**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 381 a RVO. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung soll jedoch künftig der für Studenten und Praktikanten geltende Beitragssatz nur noch einmal jährlich angepaßt werden. Der maßgebende Beitragssatz wird vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung jährlich zum 1. Januar festgestellt. Dieser Zeitpunkt für die Feststellung des Beitragssatzes wurde mit Rücksicht darauf festgelegt, daß die Feststellung des Beitragssatzes für den Beitrag aus der Rente ebenfalls zum 1. Januar zu erfolgen hat. Da die Fristen für die Rückmeldung und Einschreibung an den Hochschulen zum Teil schon im Januar beginnen, soll der festgestellte Beitragssatz zur Vermeidung verwaltungsmäßiger Schwierigkeiten bei den Krankenkassen nicht bereits für das folgende Sommersemester, sondern erst für das folgende Wintersemester gelten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift sieht vor, daß der günstige Beitragssatz für Studenten auch für Examenskandidaten gilt, die sich freiwillig weiterversichert haben, weil die soziale Lage dieses Personenkreises der der Studenten vergleichbar ist. Diese Beitragssatzvergünstigung wird jedoch zeitlich befristet.

Zu § 255 – Beitragssatz für Künstler und Publizisten

Die Vorschrift übernimmt die Regelung in § 393 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz RVO.

Zu § 256 – Beitragssatz aus der Rente

Der Beitragssatz für die Beiträge aus den gesetzlichen Renten beträgt seit 1983 unverändert 11,8%; inzwischen ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung auf 12,87% (Stand: 1. Januar 1988) gestiegen.

Aus Gründen der Solidarität der Rentner mit den Aktiven soll der Beitragssatz für die Beiträge aus den gesetzlichen Renten dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die Neuregelung sieht eine jährliche Anpassung an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Je nach der Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung kann die Anpassung auch zu einer Entlastung der Rentner führen.

Der sich aus der Anpassung ergebende Beitrag ist – wie bisher – je zur Hälfte von dem Rentner und dem Rentenversicherungsträger zu tragen.

Mit Rücksicht auf die jeweils zum 1. Juli erfolgenden Rentenanpassungen soll der zum 1. Januar festgestellte allgemeine Beitragssatz der Krankenversicherung jeweils ab 1. Juli gelten. Die Rentenversicherungsträger erhalten so die Möglichkeit, die Veränderung des Beitragssatzes bei der nächsten Rentenanpassung zu berücksichtigen.

Zu § 257 – Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift übernimmt § 385 Abs. 2 a RVO.

Zu Absatz 2

Zukünftig sollen auch diejenigen freiwillig versicherten Mitglieder, die zwar keine Rente beziehen, jedoch in der 2. Hälfte der Zeit zwischen der Aufnahme der Erwerbstätigkeit und dem 65. Lebensjahr mindestens neun Zehntel dieser Zeit der gesetzlichen Krankenversicherung als Mitglied angehört haben, beitragsmäßig ebenso begünstigt werden wie ein versicherungspflichtiger Rentner mit entsprechender Vorversicherungszeit. Diese Vergünstigung kommt insbesondere Selbständigen und Beamten zugute, die der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend lange als freiwilliges Mitglied angehört haben.

Zum Vierten Titel – Tragung der Beiträge**Zu § 258** – Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung

Die Vorschrift übernimmt die Regelungen des § 381 Abs. 1 RVO.

Zu § 259 – Tragung der Beiträge durch das Mitglied

Die Vorschrift faßt die verschiedenen Vorschriften des geltenden Rechts zusammen und ordnet sie systematisch ein (§ 381 Abs. 2, 3 und 5, § 381 a Satz 4, § 393 d Abs. 2 RVO).

Zu § 260 – Tragung der Beiträge durch Dritte**Zu Absatz 1**

Während bisher in § 381 Abs. 3 a RVO für den Beginn der Beitragszahlung bei Zeiten der Rehabilitation zwischen medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen unterschieden wurde, soll zukünftig der zuständige Leistungsträger in beiden Fällen für die gesamte Dauer des Bezuges von Übergangsgeld, Verletzten-

geld oder Versorgungskrankengeld Beiträge entrichten. Die Regelung gilt auch für freiwillig Versicherte. § 260 Abs. 1 ist insoweit *lex specialis* zu § 259 Abs. 2.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Satz 1 Nummer 1 entspricht § 381 Abs. 1 letzter Halbsatz und Abs. 3 a Nr. 1 RVO. Satz 1 Nummer 2 entspricht § 3 Abs. 1 Satz 2 und § 5 SVBG, Satz 2 entspricht § 3 Abs. 4 SVBG.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 381 b RVO.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 209 a Abs. 2 Satz 3 RVO.

Zum Fünften Titel – Zahlung der Beiträge

Zu § 261 – Beitragszahlung

Die Vorschrift enthält den Grundsatz, wonach derjenige für die Zahlung verantwortlich ist, der die Beiträge zu tragen hat.

Zu § 262 – Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Mit dem Entwurf des „Gesetzes über die Einordnung der Meldevorschriften und des Einzugs des Gesamtsozialversicherungsbeitrages in das Sozialgesetzbuch“ werden die Vorschriften über das Meldeverfahren sowie die Beitragsabführung für versicherungspflichtig Beschäftigte bereits übernommen, so daß hier die Verweisung auf die entsprechenden Vorschriften des Vierten Buches genügt.

Zu § 263 – Beitragszahlung der Studenten

Die Vorschrift entspricht § 393 d Abs. 1 RVO.

Die Bundesregierung wird prüfen, ob im Hinblick auf diejenigen Studenten, die künftig nicht mehr pflichtversichert sind, in das Hochschulrahmengesetz eine Vorschrift eingefügt werden soll, nach der als Voraussetzung für die Einschreibung zum Studium der Nachweis einer ausreichenden Krankenversicherung gefordert werden soll.

Zu § 264 – Beitragszahlung aus der Rente

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 393 a Abs. 1 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt den Fall, daß erst verspätet die Zugehörigkeit eines Rentenbeziehers zur gesetzlichen Krankenversicherung festgestellt wird oder aus einem anderen Grund die ordnungsgemäße Einbehaltung der Krankenversicherungsbeiträge seitens des Rentenversicherungsträgers unterblieben ist. In diesem Fall bleibt der Rentenversicherungsträger grundsätzlich verpflichtet, die rückständigen Krankenversicherungsbeiträge von der Rente einzubehalten. Nur in dem Fall, daß Rente nicht mehr gezahlt wird, geht die Verpflichtung zum Beitragseinzug auf die Krankenkasse über. Der Rentenversicherungsträger haftet jedoch in Höhe der Zuschüsse, die er für die Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen hat.

Zu § 265 – Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 393 a Abs. 2 bis 4 RVO; allerdings werden nunmehr alle Zahlstellen zur Beitragseinbehaltung und -abführung an die Krankenkassen verpflichtet; dies entspricht der Praxis. Ausgenommen von diesem Verfahren werden nach Absatz 4 auf Antrag Zahlstellen, die an weniger als 30 beitragspflichtige Mitglieder Versorgungsbezüge auszahlen.

Zum Zweiten Abschnitt – Beitragszuschüsse

Zu § 266 – Beitragszuschüsse für Beschäftigte

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 405 RVO.

Zu Absatz 1

Die Höhe des Zuschusses für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bemißt sich zukünftig nach dem Beitrag, der bei Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu zahlen wäre, der das freiwillige Mitglied angehört. Höchstens ist jedoch die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Versicherte zu zahlen hat. Um zu verhindern, daß bei Mehrfachbeschäftigten die von den beteiligten Arbeitgebern zu zahlenden Beitragszuschüsse in der Summe die Hälfte des vom Arbeitnehmer tatsächlich zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrages übersteigen, wird hinsichtlich der Zahlung des Beitragszuschusses eine der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte entsprechende Aufteilung zwischen den Arbeitgebern vorgesehen.

Zu Absatz 2

Bei den höherverdienenden Angestellten, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder als landwirtschaftliche Unternehmer bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind, ist für die Bemessung des Beitragszuschusses — wie bisher — der Beitrag der jeweiligen Pflichtkrankenkasse maßgebend. Unabhängig davon ist der Arbeitgeberzuschuß weiterhin auf höchstens die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen des Angestellten für seine private Krankenversicherung begrenzt.

Die Unabdingbarkeit nach § 405 Abs. 3 RVO bedarf im Hinblick auf § 32 Abs. 1 des Ersten Buches keiner Regelung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 405 Abs. 4 RVO.

Zu § 267 — Beitragszuschüsse für Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation

Die Vorschrift entspricht § 381 Abs. 4 a RVO.

Zum Dritten Abschnitt — Verwendung und Verwaltung der Mittel

Zu § 268 — Mittel der Krankenkasse

Die Vorschrift übernimmt § 363 RVO.

Zu § 269 — Betriebsmittel

Die Vorschrift übernimmt § 364 RVO.

Zu § 270 — Rücklage

Die Vorschrift übernimmt § 365 RVO.

Unter den Begriff Beitragssatzerhöhungen fallen sinngemäß auch Beitragserhöhungen in den durch § 249 Abs. 5 zugelassenen Beitragsklassen.

Zu § 271 — Gesamtrücklage

Die Vorschrift übernimmt § 366 RVO.

Zu § 272 — Verwaltungsvermögen

Die Vorschrift übernimmt § 367 RVO.

Zu § 273 — Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 367 a RVO. Da der Abschluß von Verträgen zu den Aufgaben des Vorstandes gehört, wird die Vorschrift entsprechend angepaßt.

Zum Vierten Abschnitt — Finanzausgleiche

Zum Ersten Titel — Finanzausgleiche innerhalb einer Krankenkassenart

Zu § 274 — Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 414 b Abs. 2 Satz 2 und § 509 a RVO. Die Vorschrift nennt die aufwendigen Leistungsfälle nur als wichtigsten Grund für Finanzausgleiche. Denkbar sind auch Umlagen für aus anderen Gründen notleidend gewordene Krankenkassen.

Zu § 275 — Finanzausgleich auf Landesverbandsebene bei überdurchschnittlichen Bedarfssätzen

Zu Absatz 1

Finanzausgleiche innerhalb einer Kassenart können ein Mittel zur Verringerung großer Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen einer Kassenart sein. Da bisher freiwillige Finanzausgleiche, die nach § 414 b Abs. 2 a RVO kassenartenintern innerhalb eines Landesverbandes möglich waren, an den Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen gescheitert sind, wird nunmehr ein verbindlicher Finanzausgleich auf Landesverbandsebene vorgesehen. Die Landesverbände werden verpflichtet, in ihrer Satzung entsprechende Regelungen für einen Finanzausgleich vorzusehen.

Zu Absatz 2

Einzelheiten des Finanzausgleichsverfahrens sollen grundsätzlich der Regelung durch die Landesverbände vorbehalten bleiben. Die Vorschrift stellt klar, daß keine Finanzausgleiche vorgesehen werden dürfen, die allgemein alle Ausgaben und Einnahmen ausgleichen. Der Finanzausgleich soll dazu dienen, die

unterschiedlichen Risikostrukturen besser auszugleichen. Daher hat der Finanzausgleich konkret an diesen Risikostrukturen anzuknüpfen. Begrifflich ist der Finanzausgleich auf Landesverbandsebene in den Fällen ausgeschlossen, in denen innerhalb eines Landes nur eine Krankenkasse einer Kassenart besteht, z. B. die Ortskrankenkassen Berlin, Hamburg und Saarland. Diesen Kassen verbleiben nur die Möglichkeit nach § 276.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift sieht vor, daß der Landesverband vor Einleitung des Finanzausgleichsverfahrens zu prüfen hat, auf welche Ursachen die ungünstige Finanzsituation der notleidenden Krankenkasse zurückzuführen ist und welche eigenen Anstrengungen die Krankenkasse unternommen hat, um ihre ungünstige Finanzsituation zu überwinden. In diesen Fällen können Auflagen oder Befristungen nach Absatz 2 sinnvoll sein. Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage der Krankenkasse festgelegt, ist die Krankenkasse verpflichtet, diese unverzüglich zu ergreifen.

Zu § 276 – Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen

Zu Absatz 1

Mit dieser Regelung sollen finanzielle Hilfen eines Spitzenverbandes für eine notleidende Krankenkasse der betreffenden Kassenart ermöglicht werden, wenn trotz des Finanzausgleichsverfahrens nach § 275 die Abweichung des Bedarfssatzes der notleidenden Krankenkasse vom bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart über 12,5 % beträgt. Die Modalitäten der Finanzierung dieser Hilfen für die notleidende Krankenkasse regelt die Satzung des Spitzenverbandes. Der Beschluß der Vertreterversammlung über die Satzungsänderung bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbandes.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift verpflichtet den jeweiligen Spitzenverband, vor der Gewährung finanzieller Hilfen zu prüfen, auf welche Ursachen die ungünstige Finanzsituation der notleidenden Krankenkasse zurückzuführen ist und welche eigenen Anstrengungen die Krankenkasse unternommen hat, um ihre ungünstige Finanzsituation zu überwinden. Gleichzeitig soll geklärt werden, durch welche Maßnahmen sichergestellt werden kann, daß sich die finanzielle Situation der Krankenkasse dauerhaft stabilisiert. Die Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbandes ist zwingend vorgeschrieben.

Werden geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage der antragstellenden Krankenkasse festgelegt, müssen diese zur Vermeidung von Sanktionen von der Krankenkasse ergriffen werden.

Zum Zweiten Titel – Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner

Zu § 277 – Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 393b Abs. 1 Satz 1 RVO.

Zu Absatz 2

Bei dieser Regelung handelt es sich um einen klarstellenden Hinweis.

Zu § 278 – Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen

Zu Absatz 1

Satz 1 enthält eine abschließende Aufzählung der Leistungsaufwendungen für Rentner, die im KVdR-Ausgleich berücksichtigt werden. Nach Satz 2 sollen Mehrleistungen, also Leistungen, deren Umfang von der einzelnen Krankenkasse beeinflussbar sind, nicht mehr über den Ausgleich von allen Krankenkassen mitfinanziert werden müssen. Die Regelung in Satz 3 trägt einer Besonderheit im Vergütungssystem für Knappschaftsärzte Rechnung. Im Rahmen der vorhandenen vertraglichen Bindungen zwischen Bundesknappschaft und Knappschaftsärzten werden von der Bundesknappschaft Honorareinbehalte vorgenommen, die der Alters-, Dienstunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärzte dienen. Die Neuregelung ermöglicht es der Bundesknappschaft, diese Honorareinbehalte formalrechtlich als „Leistungsaufwendungen“ in den Finanzausgleich einfließen zu lassen. In dem KVdR-Ausgleich sollen die Beträge für ärztliche Behandlung berücksichtigt werden, die sich ergeben würden, wenn die Behandlung nicht durch einen Knappschaftsarzt, sondern durch einen Kassenarzt abgerechnet worden wäre. Diese Regelung vermeidet ungerechtfertigte Belastungen der Bundesknappschaft einerseits und der übrigen am Finanzausgleich beteiligten Krankenkassen andererseits.

Zu Absatz 2

Um für die Krankenkassen Anreize zu größtmöglicher Wirtschaftlichkeit bei der Leistungsgewährung zu schaffen, wird ein Eigenanteil der Krankenkasse vorgesehen, der im Regelfall 20 % der Leistungsaufwendungen nach Absatz 1 vorsieht. Dieser Eigenanteil beträgt 10 bzw. 5 % bei hoher Rentnerdichte; er beträgt 30 % bei einer Rentnerdichte, die weniger als 75 % der durchschnittlichen Rentnerdichte beträgt. Die Vorschrift tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3).

Zu Absatz 3

Die erforderlichen Feststellungen trifft das Bundesversicherungsamt.

Zu § 279 – Berechnung des Finanzierungsanteils der Krankenkassen

Die Vorschrift entspricht § 393 b Abs. 1 Satz 2 und 5 RVO. Leistungen und Beiträge für Examenkandidaten werden denen der Studenten gleichgestellt und beim Belastungsausgleich nicht mehr berücksichtigt. Ebenso bleiben Beitragsrückzahlungen nach § 73 unberücksichtigt.

Zu § 280 – Ausgleichsanspruch und -verpflichtung der Krankenkassen

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 393 b Abs. 1 und Satz 3 und 4 RVO.

Zu § 281 – Feststellung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 393 b Abs. 2 RVO.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert das Verfahren und bestimmt, welche Kompetenzen das Bundesversicherungsamt bei der Durchführung des KVdR-Finanzausgleichs hat. Außerdem wird klargestellt, daß nachträglich festgestellte sachliche und rechnerische Fehler nicht zu einer Korrektur abgeschlossener Ausgleichsverfahren führen, sondern im nächsten Finanzausgleich berichtigt werden. Eine Neufeststellung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen in abgeschlossenen Verfahren ist nicht vertretbar, da auch bei kleineren Korrekturen sämtliche Finanzierungsanteile der am Ausgleich beteiligten Krankenkassen neu berechnet werden müßten.

Zu § 282 – Verordnungsermächtigung

Die Vorschrift erweitert die Verordnungsermächtigung des § 393 c RVO, um in der Vergangenheit aufgetretene Rechtsunsicherheiten beseitigen zu können. Bei der inhaltlichen und zeitlichen Abgrenzung der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen und Beiträge nach Nummer 1 ist auch zu regeln, ob und ggf. in welcher Weise Erstattungen aus Regressforderungen in den Finanzausgleich einzubeziehen sind. Ebenso ist festzulegen, wie die Pauschalbeträge im Finanzausgleich zu berücksichtigen sind, die an ausländische Träger zur Erstattung der Kosten für Sachleistungen gezahlt werden, die im Rahmen zwischen-

oder überstaatlichen Rechts im Wege der Leistungsaushilfe erbracht wurden.

Zum Neunten Kapitel – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**Allgemeines**

Die Neuregelungen sehen eine Weiterentwicklung des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes zu einem effektiven medizinischen Beratungsdienst in der Verantwortung der Krankenkassen vor.

Der *Erste Abschnitt* enthält die Beschreibung der – bisher vom Vertrauensärztlichen Dienst wahrgenommenen – Aufgaben. Sie werden konkretisiert und dem zunehmenden medizinischen Beratungsbedarf der Krankenkassen angepaßt.

Der *Zweite Abschnitt* regelt die Organisation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. In jedem Land wird eine von allen Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Die Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten für den Vertrauensärztlichen Dienst wird aufgehoben (siehe Artikel 23 und 24).

Die Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalten für den Vertrauensärztlichen Dienst beruht auf dem Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (Aufbaugesetz), das bestimmte Aufgaben der Krankenversicherung – wozu auch der Vertrauensärztliche Dienst gehörte – als „Gemeinschaftsaufgabe“ den Landesversicherungsanstalten überträgt.

Die Krankenkassen sind in den bei den Landesversicherungsanstalten gebildeten Ausschüssen für Fragen der Krankenversicherung („K-Ausschüsse“) vertreten; diese „K-Ausschüsse“ haben aber nur beratende Funktion. Die Verantwortung und Entscheidung über die Durchführung der Aufgaben, die Organisation, das Personal usw. des Vertrauensärztlichen Dienstes obliegt bis heute allein den Organen der Landesversicherungsanstalten. Die Kosten für den Vertrauensärztlichen Dienst (1986: 380 Mio. DM) tragen jedoch die Krankenkassen.

Diese geringen Einflußmöglichkeiten und die fehlende Verantwortung für den Vertrauensärztlichen Dienst führten zum Teil zu einer geringen Akzeptanz bei den Krankenkassen. Immer wieder wurde vorgeschlagen, die Gemeinschaftsaufgaben zu reformieren.

Im Oktober 1985 haben die Spitzenverbände der GKV und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger auf Bundesebene die „Empfehlungsvereinbarung zur Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes auf der Grundlage des geltenden Rechts“ abgeschlossen, mit der die Krankenkassen einen stärkeren Einfluß auf den Vertrauensärztlichen Dienst erhalten sollen. Die Umsetzung der Empfehlungsvereinbarung ist auf Schwierigkeiten gestoßen; insbesondere gegen die angestrebte Selbstbindung der Organe der Landesversicherungsanstalten an die Be-

schlüsse der Krankenkassen werden rechtliche Bedenken geltend gemacht.

Zur Lösung dieser Probleme soll den Krankenkassen die Verantwortung für die Organisation und damit auch für das Personal des von ihr zunehmend benötigten medizinischen Beratungsdienstes übertragen werden. Der Entwurf greift damit den Willen der Selbstverwaltung auf, den Einfluß der Krankenkassen auf den Vertrauensärztlichen Dienst zu stärken und ihrer Verantwortung zu übertragen.

Der Entwurf übernimmt bewährte Strukturen des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes, indem die Aufgaben weiterhin kassenartübergreifend wahrgenommen werden. Medizinische Fragen mit den vielfältigen fachspezifischen Problemen können nur von allen Krankenkassen gemeinsam behandelt werden. Es würde zu einer Überforderung der einzelnen Krankenkassen führen, wenn jede ihren eigenen Dienst einrichten müßte — ganz abgesehen von dem erheblichen finanziellen Mehraufwand.

Um den Verwaltungs- und Personalaufwand so gering wie möglich zu halten, sieht der Entwurf vor, daß die Krankenkassen das bei den Landesversicherungsanstalten mit den Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes betraute Personal übernehmen. Eine Übernahme der überwiegend als Beamte beschäftigten Vertrauensärzte setzt voraus, daß der „Übernehmende“ Dienstherreneigenschaft erhält. Der Medizinische Dienst erhält aus diesem Grund, allerdings eingeschränkt auf die von der Landesversicherungsanstalt zu übernehmenden Beschäftigten, Dienstherreneigenschaft und die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er hat keine Befugnis, neue Beamtenverhältnisse zu begründen. Besteht kein Grund mehr für die Dienstherreneigenschaft gegenüber den übernommenen Beamten entfallen die Dienstherrnfähigkeit und der Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Um den eigenen Personalbestand auf ein Minimum zu begrenzen und um einen größtmöglichen Praxisbezug zu gewährleisten, haben die Medizinischen Dienste vorrangig Gutachter heranzuziehen, die nicht bei ihnen beschäftigt sind (siehe § 287 Abs. 5). Hierbei wird der schon für den Vertrauensärztlichen Dienst geltende Grundsatz eingehalten, daß seine Ärzte nicht befugt sind, in die ärztliche Behandlung einzugreifen. Wie bisher haben Medizinischer Dienst und behandelnder Arzt zum Wohle des Versicherten zusammenzuwirken.

Der Name „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ soll die Breite des Aufgabengebietes zum Ausdruck bringen und verdeutlichen, daß zur Beratung und Begutachtung neben Ärzten und Zahnärzten auch andere Berufe des Gesundheitswesens einzubeziehen sind.

Da die Krankenkassen schon bisher die Kosten für den Vertrauensärztlichen Dienst getragen haben, wird die Neuregelung nur in geringem Umfang zusätzliche finanzielle Belastungen mit sich bringen.

Die heutigen Ausnahmen für die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse, die Bundesbahn-Betriebskrankenkasse, die Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums und die Bundespostbetriebskrankenkasse bleiben bestehen.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Aufgaben

Zu § 283 — Begutachtung und Beratung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Verpflichtung der Krankenkassen, im Einzelfall eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Dies ist einmal der Fall „in den gesetzlich bestimmten Fällen“, die außerhalb des neunten Kapitels geregelt sind. Nach diesen Vorschriften hat der Medizinische Dienst folgende Aufgaben:

- | | |
|----------------------------|---|
| § 18 Abs. 1 | Feststellungen darüber, daß Behandlung im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs nicht möglich ist, |
| § 23 Abs. 5
§ 24 Abs. 2 | Prüfung der Notwendigkeit der Leistungen bei ambulanten Vorsorgekuren, Kuren für Mütter und stationären Vorsorgeleistungen, |
| § 29 Abs. 1 | Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einer kieferorthopädischen Behandlung in geeigneten Fällen (Vorrang des von den Vertragspartnern bereits vereinbarten Gutachterverfahrens), |
| § 33 Abs. 2 | Beratung des Versicherten und Prüfung in geeigneten Fällen zur Erforderlichkeit des Hilfsmittels, |
| § 39 Abs. 3
§ 40 Abs. 2 | Prüfung der Notwendigkeit der Leistungen bei ambulanten Rehabilitationskuren, Müttergenesungskuren und stationären Rehabilitationsmaßnahmen, |
| § 52 Abs. 2 | Prüfung des Vorliegens der Schwerpflegebedürftigkeit, |
| § 148 Abs. 2 | Entscheidung über die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis. |

Im übrigen entspricht die Vorschrift inhaltlich § 369 b Abs. 1 RVO, der die Prüfung der Verordnung von Versicherungsleistungen in den erforderlichen Fällen, die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und die Begutachtung zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation vorsieht. Es wird klargestellt, daß die Verpflichtung zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst grundsätzlich alle von den Krankenkassen gewährten Versicherungsleistungen umfaßt. Gleichzeitig gibt die Vorschrift — entsprechend den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem Vertrauensärztlichen Dienst nach § 369 b Abs. 5 RVO — Anhaltspunkte für die Auswahl der „erforderlichen“ Fälle, in denen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuho-

len ist (Art, Schwere, Dauer, Häufigkeit der Erkrankung oder Krankheitsverlauf).

Zu Absatz 2

Neben der Begutachtung im Einzelfall haben die Krankenkassen und ihre Verbände den medizinischen Sachverstand des Medizinischen Dienstes auch bei der Erfüllung ihrer sonstigen Aufgaben zu nutzen und bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen. Die fortschreitende medizinische Entwicklung hat zu Informationsdefiziten auf seiten der Krankenkassen geführt, die es auszugleichen gilt. Nur wenn auch die Krankenkassen über den notwendigen medizinischen Sachverstand verfügen, sind sachgerechte, medizinische Gesichtspunkte einschließende Entscheidungen möglich. Die Vorschrift zählt beispielhaft einige besonders wichtige Bereiche auf, in denen seitens der Krankenkasse medizinischer Sachverstand erforderlich ist.

Zu Absatz 3

Der schon für die Vertrauensärzte geltende Grundsatz, daß sie bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nicht an Weisungen gebunden und nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind, gilt ebenfalls für die Ärzte des Medizinischen Dienstes. Satz 2 entspricht § 369 b Abs. 2 Satz 1 RVO; Ärzte des Medizinischen Dienstes sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen. Zwar kann die gutachtliche Stellungnahme die Behandlung des Arztes beeinflussen, wenn sie z. B. von der Diagnose oder Verordnung des Arztes abweicht. Sie überläßt aber im Einzelfall dem behandelnden Arzt die Auswahl unter einer Vielzahl von Therapiemöglichkeiten. Bei Meinungsverschiedenheiten ist das Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem behandelnden Arzt besonders zu berücksichtigen.

Zu § 284 — Zusammenarbeit

Zu Absatz 1

Um eine umfassende und sachgerechte Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst sicherzustellen, haben die Krankenkassen die hierzu erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und Auskünfte zu erteilen. Die Vorschrift dient der Klarstellung, daß die Vorlage von Unterlagen und die Erteilung von Auskünften zulässig ist.

Zu Absatz 2

Für die schon nach bisherigem Recht (§ 372 Abs. 2 Nr. 1 RVO) zulässige Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung bei stationärer Behandlung des Versicherten kann im Einzelfall ein Besuch vor Ort erforderlich sein. Die Vorschrift regelt daher das schon heute bestehende, in den Bestimmungen des Reichs- und Preußischen Arbeitsmi-

nisters über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung vom 30. März 1936 (Reichsarbeitsblatt IV S. 107) geregelte Recht, Krankenhäuser zu betreten. Vor Betreten von Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sollen sich die Ärzte bei der Verwaltung der Einrichtungen anmelden.

Zu § 285 — Mitteilungspflichten

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 369 b Abs. 2 Satz 2 RVO, soweit dort die Mitteilungspflichten des Vertrauensarztes gegenüber dem Kassenarzt und der Krankenkasse geregelt sind. Außer dem Kassenarzt sind — über das geltende Recht hinaus — auch die sonstigen Leistungserbringer, über deren Leistungen der Medizinische Dienst eine Stellungnahme abgegeben hat, zu informieren. Der Versicherte hat ein Auskunftsrecht gegenüber der Krankenkasse, die im Einzelfall die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zu treffen hat. Außerdem kann der Versicherte von seinem behandelnden Arzt das Ergebnis der Begutachtung erfahren.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 369 b Abs. 3 RVO. Das Ergebnis der Begutachtung ist, sofern ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht und das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes nicht übereinstimmt, auch dem Versicherten mitzuteilen.

Zum Zweiten Abschnitt — Organisation

Zu § 286 — Arbeitsgemeinschaft

Zu Absatz 1

Kraft Gesetzes wird in jedem Land eine von den Krankenkassen aller genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“ errichtet. Damit wird, wie für die Verbände der Krankenkassen (§ 216), grundsätzlich die Landesebene als regionale Abgrenzung der Zuständigkeit der Medizinischen Dienste gewählt.

Der Medizinische Dienst baut auf dem bisherigen Vertrauensärztlichen Dienst auf. Die Weiterentwicklung des medizinischen Beratungsdienstes, wie sie bereits von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Vertragswege eingeleitet wurde, erfordert daher auch die Übernahme der überwiegend als Beamte beschäftigten Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten. Eine Loslösung des bisherigen Beratungsdienstes aus den Landesversicherungsanstalten ist nur dann möglich, wenn die dort beschäftigten Beamten von einem anderen Dienstherrn übernommen werden. Dienstherrneigenschaft können aber nur Körperschaften des öffentlichen Rechts erhalten.

Die Arbeitsgemeinschaft wird daher als Körperschaft des öffentlichen Rechts gestaltet, solange die Notwendigkeit für die Dienstherrnfähigkeit besteht (siehe Artikel 67 Abs. 4 Satz 3). Um den Verwaltungs- und Personalaufwand des Medizinischen Dienstes so gering wie möglich zu halten, wird die Diensttherneigenschaft des Medizinischen Dienstes auf die von der Landesversicherungsanstalt zu übernehmenden Beamten beschränkt. Der Medizinische Dienst erhält nicht das Recht, neue Beamtenverhältnisse zu begründen (siehe Artikel 67 Abs. 4 Satz 2). Er hat vielmehr für die Durchführung der Fachaufgaben vorrangig Gutachter zu beauftragen (§ 287 Abs. 5).

Zu Absatz 2

Da der Medizinische Dienst auf Landesebene errichtet wird, sind seine Mitglieder die auf Landesebene gebildeten Verbände der Krankenkassen (Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen). Da die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen keine Landesverbände gebildet haben, sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen im jeweiligen Land Mitglieder sowie die Verbände der Ersatzkassen.

Zu Absatz 3

Entsprechend den gewachsenen Strukturen der Landesverbände oder auf Grund der Größe der jeweiligen Landesverbände kann es zweckmäßig sein, entweder in einem Land einen weiteren Medizinischen Dienst zu errichten (wie z. B. in Nordrhein-Westfalen) oder für mehrere Bundesländer (z. B. einen Stadtstaat und ein benachbartes Bundesland) einen gemeinsamen Dienst zu errichten. Die Vorschrift überläßt es den in Absatz 2 genannten Mitgliedern, entsprechende Beschlüsse zu fassen, die der Zustimmung der betroffenen Länder bedürfen.

Zu § 287 – Verwaltungsrat und Geschäftsführer

Zu Absatz 1

Um den Verwaltungsaufwand des Medizinischen Dienstes so gering wie möglich zu halten, sollen lediglich zwei Organe, der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer, gebildet werden. Während der Verwaltungsrat die „legislativen“ Vorgaben für die Durchführung der Aufgaben zu beschließen hat, hat der Geschäftsführer die Aufgaben der „Exekutive“, die Verwaltungsaufgaben, durchzuführen.

Zu Absatz 2

Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von den Vertreterversammlungen der Mitglieder gewählt. Um den Verwaltungsrat mit fachkundigen und mit den Aufgaben eines medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzen zu können, wird die Wählbarkeit nur durch die – für anwendbar erklär-

ten – allgemeinen Vorschriften im Vierten Buch Sozialgesetzbuch eingeschränkt, wie z. B. Volljährigkeit, Wohnung oder Beschäftigung in der Nähe des Medizinischen Dienstes usw. Auch Beschäftigte des Medizinischen Dienstes können nicht gewählt werden. Im übrigen ist die Vertreterversammlung frei. Sie kann z. B. Verwaltungsfachleute aus dem Bereich der Krankenkassen oder auch ärztliche Berater in den Verwaltungsrat entsenden.

Zu Absatz 3

Um eine effektive Arbeit des Verwaltungsrates sicherzustellen, ist die Zahl der Vertreter auf höchstens sechzehn begrenzt. Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann die Zahl angemessen erhöht werden. Die Begrenzung der Zahl der Vertreter im Verwaltungsrat gibt den Mitgliedern den erforderlichen Spielraum, den regionalen Besonderheiten sowie der unterschiedlichen Größe und Struktur der einzelnen Kassenarten durch eine entsprechende Zahl von Vertretern Rechnung zu tragen. Bei Nichteinigung entscheidet die Aufsichtsbehörde.

Zu Absatz 4

Entsprechend der Aufgabenteilung zwischen „Legislative“ – Verwaltungsrat – und Verwaltung hat der Geschäftsführer nach den Richtlinien und Vorgaben des Verwaltungsrates die Geschäfte des Medizinischen Dienstes zu führen. In welchem Umfang im einzelnen Aufgaben auf den Geschäftsführer übertragen werden, hat der Verwaltungsrat zu entscheiden. Dem Geschäftsführer wird auch die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung des Medizinischen Dienstes übertragen. Außerdem stellt er den Haushaltsplan auf, den der Verwaltungsrat feststellt (§ 288 Abs. 1 Nr. 2).

Zu Absatz 5

Um einen möglichst qualifizierten Beratungsdienst zu ermöglichen, kann der Medizinische Dienst qualifizierte Mitarbeiter aus allen Gesundheitsberufen heranziehen, neben Ärzten aller Fachbereiche auch Zahnärzte, Apotheker und Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie Orthopädiehandwerker und Augenoptiker. Die Aufgaben sollen jedoch nur soweit erforderlich von fest angestellten Fachkräften wahrgenommen werden. Daher wird das Recht des Medizinischen Dienstes, Beamte zu beschäftigen, auf die von den Landesversicherungsanstalten zu übernehmenden Beamten und Beamtenanwärter beschränkt (Artikel 67 Abs. 4). Um die Nähe zur Praxis zu gewährleisten, hat der Medizinische Dienst vorrangig auf Gutachter und Sachverständige zurückzugreifen, die nicht bei ihm beschäftigt sind. Dies werden insbesondere erfahrene Krankenhausärzte mit Fachgebietenanerkennung, Ärzte mit mehrjähriger Erfahrung in selbständiger kassenärztlicher Tätigkeit oder Fachkräfte anderer Heilberufe mit besonderer fachlicher Qualifikation sein. Dies ermöglicht, die in der Praxis

gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse für den Medizinischen Dienst nutzbar zu machen.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift erklärt für die Träger der Sozialversicherung maßgebendes Recht, insbesondere Verfahrensvorschriften, für entsprechend anwendbar.

Zu § 288 – Aufgaben des Verwaltungsrates

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt die Aufgaben des Verwaltungsrates. Neben der Feststellung des Haushaltsplans und der Prüfung der jährlichen Betriebs- und Rechnungsführung hat er die Satzung, für deren Inhalt die Vorschrift über die Satzung der Landesverbände der Krankenkassen (§ 219) entsprechend gilt, zu beschließen und den Geschäftsführer und seinen Vertreter zu wählen. Für die Wahl des Geschäftsführers ist der Verwaltungsrat frei; er kann z. B. einen Verwaltungsfachmann aus dem Bereich der Krankenkassen oder auch einen verwaltungskundigen Arzt wählen. Um eine wirksame Umsetzung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes zu gewährleisten, hat der Verwaltungsrat Richtlinien unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 290) aufzustellen. Der gleichen Zielsetzung dient auch die Befugnis, Nebenstellen zu errichten und aufzulösen. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, die von den Landesversicherungsanstalten übernommenen Dienststellen den Anforderungen eines effektiven medizinischen Dienstes anzupassen.

Zu Absatz 2

Während die Beschlüsse des Verwaltungsrates in der Regel mit einfacher Mehrheit zu fassen sind, geht es bei Haushalts- und Satzungsangelegenheiten um Fragen, die von einer breiten Zustimmung der Krankenkassen getragen sein müssen. Für diese Beschlüsse wird eine Zweidrittelmehrheit vorgeschrieben.

Zu § 289 – Finanzierung und Aufsicht

Zu Absatz 1

Im Interesse einer gleichmäßigen Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes durch alle Kassenarten sollen die Kosten nicht nach der Häufigkeit der Begutachtung aufgeteilt werden, sondern nach dem Verhältnis der Zahl der Versicherten der einzelnen Krankenkassen.

Nach den Verwaltungsvorschriften über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 79 Abs. 2 SGBIV werden jährlich Statistiken über die Zahl der Mitglieder der einzelnen Versicherungsträger nach Bundesländern erstellt, so daß die Umset-

zung dieser Vorschrift auf keine Schwierigkeiten stoßen wird.

Zu Absatz 2

Das SGBIV enthält im Dritten Abschnitt ins einzelne gehende Bestimmungen für die Träger der Sozialversicherung, die in bezug auf das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken sowie das Vermögen des Medizinischen Dienstes für entsprechend anwendbar erklärt werden.

Zu Absatz 3

Die Aufsicht über den Medizinischen Dienst führt das Land, in dem der Medizinische Dienst seinen Sitz hat. Für den Inhalt und Umfang der Aufsicht gelten die Vorschriften des SGBIV (§ 87 Abs. 1 Satz 2 und § 89) entsprechend.

Zu § 290 – Koordinierung auf Bundesebene

Die Notwendigkeit einer Koordinierung der Aufgaben und bundesweiten Abstimmung der Aufgabengestaltung des medizinischen Beratungsdienstes ist schon heute für den bisherigen Vertrauensärztlichen Dienst unbestritten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich – wegen der Anbindung des Vertrauensärztlichen Dienstes an die Landesversicherungsanstalten noch zusammen mit den Rentenversicherungsträgern – zu einer Arbeitsgemeinschaft in der Form eines eingetragenen Vereins zusammengeschlossen, um die übergreifenden Probleme zu klären und eine einheitliche Durchführung der Aufgaben zu fördern.

Die Spitzenverbände können Empfehlungen abgeben, die von den Medizinischen Diensten zu berücksichtigen sind (§ 288 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4) oder – entsprechend § 369b Abs. 5 RVO – Richtlinien für die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten beschließen, die nach § 219 Abs. 2 für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen können sich von Mitarbeitern der Medizinischen Dienste oder Geschäftsführern der Krankenkassen beraten lassen. Einzelheiten sind wie bisher von den Spitzenverbänden im Wege der Selbstverwaltung zu regeln.

Zu § 291 – Ausnahmen

Die Bundesbahn-Betriebskrankenkasse hat auch nach bisherigem Recht einen eigenen ärztlichen Dienst für ihre Versicherten. Die Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums hat, soweit ihre Versicherten im Dienstbezirk der ärztlichen Dienste der Bundesbahn-Betriebskrankenkasse wohnen, diese ärztlichen Dienste in Anspruch genommen, im übrigen den Vertrauensärztlichen Dienst beauftragt. Auch die Bundespostbetriebskrankenkasse soll

– wie bisher mit dem Vertrauensärztlichen Dienst – nunmehr mit den Medizinischen Diensten Verträge über die Inanspruchnahme durch ihre Versicherten abschließen. Diese bewährten Strukturen, die sich aus den Besonderheiten einiger bundesweit als Anstalten organisierter Betriebskrankenkassen ergeben, sollen beibehalten werden. Die Vorschrift stellt weiterhin sicher, daß der für die Bundesknappschaft schon bisher bestehende eigenständige Sozialmedizinische Dienst erhalten bleibt.

Zum Zehnten Kapitel – Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten

Allgemeines

Über die Einzelheiten der Leistungserbringung erhalten die Krankenkassen heute Kenntnis durch den Rücklauf der für die Leistungsabrechnung vorgesehenen Belege (z. B. Krankenscheine, Überweisungsscheine, Arzneimittelverordnungsblätter, Krankenhausabrechnung, Heilmittel-, Hilfsmittelabrechnung). Die Zahl dieser Belege bei allen Krankenkassen beläuft sich auf ca. 1 Mrd. jährlich. Diese Belege sind für eine sachgerechte Auswertung nicht aufbereitet. Deshalb könnten sich die Krankenkassen nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand ein genaues Bild über die von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen sowie über die von den Kassenärzten erbrachten und veranlaßten Leistungen verschaffen; wegen dieses unverhältnismäßigen Aufwands unterbleibt bisher die Auswertung für den größten Teil der Belege, so daß die Krankenkassen ihre Prüfungsaufgaben heute nur unzureichend erfüllen können.

Diese Situation führt zu folgenden Nachteilen:

1. Die Krankenkassen haben nur einen begrenzten Einblick in das Leistungsgeschehen.
2. Das Leistungssystem ist für den Versicherten undurchschaubar. Der Versicherte erhält über die Kosten seiner medizinischen Behandlung keine Kenntnis.
3. Das System ist auch hinsichtlich der medizinischen Effizienz und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nur begrenzt zu überblicken. Die Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfung erfaßt nur die auffälligen Ausschläge über eine statistisch definierte Wirtschaftlichkeitslinie hinaus. Individuelle Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei den von den Ärzten veranlaßten Leistungen, wird kaum geprüft.
4. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung wird im Rahmen der Abrechnungsverfahren der die Sachleistungen erbringenden Personen, Unternehmen u. ä. auf Ordnungsgemäßheit nicht hinreichend kontrolliert und ist teilweise nicht kontrollierbar. Die Folge ist die Erleichterung von Mißbrauch und Abrechnungsmanipulationen.

Die Neuregelungen zielen darauf ab,

- die Transparenz des Leistungsgeschehens insgesamt zu verbessern und vor allem auch den Versicherten unterrichten zu können,
- die Voraussetzungen für eine qualifizierte Prüfung von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen sowie zur Bekämpfung von Mißbrauch und Abrechnungsmanipulationen zu schaffen,
- und damit den Krankenkassen zu ermöglichen, daß sie ihre Aufgaben wirksamer und besser als bisher erfüllen.

Das erfordert eine Erfassung der Leistungsdaten mit den Mitteln moderner Kommunikationstechnik, d. h. eine Umstellung der Leistungsabrechnung auf moderne maschinelle Verfahren. Nur durch den Einsatz technischer Hilfsmittel und entsprechender datentechnischer Organisation kann die Erfassung und Auswertung der Leistungsdaten mit einem vertretbaren Aufwand ermöglicht werden.

Inhaltlich werden keine neuen Auskunftspflichten der Leistungserbringer geschaffen; es geht allein um eine Vereinfachung und Verbesserung der Datenübermittlung. Für den Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen gilt eine Sonderregelung: Die Übermittlung dieser Leistungen wird auf die neu vorgesehenen Stichprobenprüfungen (§ 114 Abs. 3) beschränkt.

Die vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der Transparenz werden durch zusätzliche Datenschutzvorschriften ergänzt. Die bisherigen, die Sozialdaten der Versicherten schützenden Vorschriften nach dem Sozialgesetzbuch (§ 35 SGB I, §§ 67 ff. SGB X) gelten uneingeschränkt weiter. Die Ergänzungen, die die Sammlung und Auswertung personenbezogener Leistungsdaten betreffen und insbesondere die Datenzusammenführung aus ärztlichen Abrechnungen auf Stichprobenprüfungen beschränken, verhindern den „gläsernen Patienten“ und die Erstellung von „Leistungs- oder Gesundheitsprofilen“.

Ihre Ausgestaltung im einzelnen wurde eingehend zwischen dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung abgestimmt.

Nach den im Zehnten Kapitel vorgesehenen Regelungen haben die Krankenkassen zusätzlich zu den bisher von ihnen erfaßten Leistungen folgende Abrechnungsdaten zu erfassen:

- die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Datenträgern übermittelten Abrechnungsdaten für die Stichprobenprüfungen nach § 114 Abs. 3,
- bei Überweisungen die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Datenträgern übermittelten Kennzeichen der beteiligten Ärzte sowie die je Behandlungsfall abgerechneten Leistungen der auf Grund der Überweisung tätig gewordenen Ärzte,
- die Arzneimittelverordnungen (vgl. § 308 Abs. 1) und
- die Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln, soweit sie nicht bereits nach geltendem Recht aufzu-

zeichnen sind wie die Heil- und Hilfsmittel, deren Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Informationsgrundlagen der Krankenkassen

Zu § 292 — Versichertenverzeichnis

Die Vorschrift knüpft an § 319a RVO und § 35 der „Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung“ (VVR) vom 31. August 1956 an. Das Verzeichnis soll die Angaben enthalten, die für die Beurteilung des Versicherungsverhältnisses und des Anspruchs auf Versicherungsleistungen von Bedeutung sind.

Neu eingeführt wird die Erfassung auch der mitversicherten Angehörigen (Versicherung nach § 10). Dabei soll der wechselseitige Bezug zwischen dem Mitglied und dem nach § 10 Versicherten hergestellt werden können.

Zu § 293 — Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Zu Absatz 1

Die Krankenkassen werden verpflichtet, abgerechnete Leistungen, von denen der Anspruch auf spätere Leistungen abhängt, versichertenbezogen aufzuzeichnen.

Zum Beispiel sind aufzuzeichnen:

- Krankenhausbehandlung wegen der Zuzahlung im laufenden Kalenderjahr,
- Arbeitsunfähigkeit wegen der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld,
- Sehhilfen und Kuren wegen der Fristen für erneute Bewilligungen.

Zu Absatz 2

Danach sind die für die Prüfung der Voraussetzungen einer Beitragsrückzahlung notwendigen Angaben aufzuzeichnen.

Zu § 294 — Verordnete Leistungen

Zu Absatz 1

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die von den Ärzten verordneten Leistungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen arzt- und versichertenbeziehbar aufzuzeichnen.

Zu Absatz 2

Die vorgesehene Aufzeichnungspflicht ist notwendige Voraussetzung für die Übermittlung der Angaben über die verordneten Leistungen durch die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Übermittlung, die grundsätzlich nur arztbezogen zu geschehen hat, erfolgt ausschließlich für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zu § 295 — Datenübersicht

Zu Absatz 1

Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen in Richtlinien die für die Durchführung der den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Datenarten fest. Bei der Aufstellung der Richtlinien ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz anzuhören. Die Krankenkassen haben die Richtlinien zu beachten.

Zu Absatz 3

Die Krankenkassen haben eine Übersicht über die Art der bei ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten zu erstellen.

Zu Absatz 4

Die Versicherten erhalten durch Aushang der Übersicht in den Kassenräumen Kenntnis über die Art der gespeicherten Daten.

Zu Absatz 5

Verpflichtet die Kassen zu Datenschutz und Datensicherheit gewährleistende Maßnahmen (z. B. Zugriffsvoraussetzungen).

Zu § 296 — Aufbewahrungsfristen bei Krankenkassen

Zu Absatz 1 und 2

Die Aufbewahrungsfristen — bei Einsatz der automatischen Datenverarbeitung Speicherungsfristen — gehen § 84 SGB X als Sonderregelungen vor. Die Angaben im Versichertenverzeichnis sind zu löschen, soweit ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllungen nicht mehr erforderlich sind. Die Angaben über die verordneten Leistungen werden nur für Prüfungen auf maschinell lesbaren Datenträgern gespeichert. Werden sie hierfür nicht oder nicht mehr benötigt, sind sie zu löschen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift soll im Falle des Wechsels der Krankenkasse Umstellungsschwierigkeiten vermeiden.

Zu Absatz 4

Ist die Kenntnis personenbezogener Daten in Kranken- und Berechtigungsscheinen nicht mehr erforderlich, sind diese — entsprechend der für gespeicherte Daten getroffenen Regelung (§ 84 SGB X) — zu vernichten.

Zu § 297 — Aufbewahrungsfristen bei Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift stellt klar, daß § 84 SGB X auch für die Löschung der beiden Kassenärztlichen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gespeicherten Daten Anwendung findet.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt für die Stichproben- und Überweisungsfälle die entsprechende Anwendung des § 296 Abs. 2 fest. Danach sind diese Daten zu löschen, wenn sie für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht oder nicht mehr benötigt werden.

Zu § 298 — Versichertennummer

Satz 1 entspricht § 319 Abs. 1 RVO. Satz 2 soll die Zuordnung der mitversicherten Angehörigen zum Mitglied ermöglichen.

Zu § 299 — Krankenversicherungskarte

Die in § 319 RVO enthaltenen Vorschriften zum Versichertenalausweis werden ersetzt. Die Krankenversicherungskarte stellt eine moderne und leicht handhabbare Form des Nachweises der Anspruchsberechtigung dar.

Absatz 1 enthält eine Regelung, die eine Ersetzung des Krankenscheins durch die Karte zuläßt. In diesem Fall ist die Karte anstelle des Krankenscheins vor Beginn einer Behandlung dem Kassen- oder Vertragsarzt vorzulegen. Eine bundeseinheitliche Gestaltung der Karte ist in jedem Fall, d. h. auch bei deren maschinell verwertbarer Ausgestaltung, sicherzustellen.

Absatz 2 beschränkt — unabhängig von der Ausgestaltung der Karte — die in die Karte aufzunehmenden Angaben.

Zu § 300 — Nachweispflicht bei Familienversicherung

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß die Versicherten nach § 10 nicht erst zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Leistungen in das Versichertenverzeichnis aufgenommen werden. Die Krankenkasse kann die Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung auch aus gegebenem Anlaß (z. B. bei Inanspruchnahme kostenintensiver Leistungen) oder turnusmäßig, z. B. jährlich, prüfen.

Zu § 301 — Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Die Vorschrift ermöglicht die Weiterverwendung der von den Trägern der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit mit ihren Vertragspartnern auf der Grundlage des bisherigen § 319 Abs. 3 RVO vereinbarten Kennzeichen.

Zum Zweiten Abschnitt — Weitergabe von Leistungsdaten**Zu § 302 — Pflichten der Leistungserbringer**

Die Vorschrift regelt die Offenbarungsbefugnis der Leistungserbringer. Sie soll ferner die Voraussetzungen für bundeseinheitliche Verfahren zur Dokumentation des Leistungsgeschehens und zur Weitergabe der Daten der Leistungsabrechnung in den einzelnen Versorgungsbereichen schaffen.

Zu § 303 — Kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift enthält die gesetzlichen Vorgaben für die Leistungsabrechnungen; die Regelung der Einzelheiten bleibt den Vertragspartnern vorbehalten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift trägt dem zunehmenden Einsatz von Computern in den Arztpraxen Rechnung. Aus Gründen der Abrechnungssicherheit sollen die Krankenkassen bei der Zulassung maschineller Abrechnungsverfahren mitwirken. Als Anreiz für entsprechende Investitionen können die Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärzten z. B. Nachlässe bei den Verwaltungskosten gewähren.

Zu § 304 — Stichprobenprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, den Krankenkassen für die Stichprobenprüfungen die notwendigen Angaben auf Datenträgern zu übermitteln.

Zu § 305 – Überweisungen

Die Vorschrift stellt auch in Überweisungsfällen die notwendige Transparenz sicher. Mit der so erlangten Kenntnis über das Überweisungsverhalten, wird die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, das Überweisungsverhalten bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen und Benachteiligungen zu vermeiden.

Zu § 306 – Zahnärztliche Versorgung

Die Vorschrift stellt klar, daß die §§ 302 bis 305 auch für die zahnärztliche Versorgung gelten.

Zu § 307 – Abrechnungsdaten bei Beitragsrückzahlung

Für die Durchführung der Beitragsrückzahlung wird ebenfalls eine Übermittlung der erforderlichen Daten über die ärztliche Leistungsabrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vorgesehen.

Zu § 308 – Arzneimittelversorgung**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift sieht die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens für die verordneten Fertigarzneimittel vor. Es wird zweckmäßig sein, u. a. festzulegen, daß die Übertragung des Arzneimittelkennzeichens auf das Rezept in Maschinschrift erfolgt, damit die Belege in einem kostengünstigen Verfahren erfaßt werden können.

Die Einzelheiten des Verfahrens sollen in einer Arzneimittelabrechnungsvereinbarung, die Bestandteil des gemeinsamen Rahmenvertrages (§ 138 Abs. 2) ist, festgelegt werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ermöglicht den Apotheken, mit den Krankenkassen über Rechenzentren abzurechnen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift ermächtigt den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, die Einzelheiten der Arzneimittelabrechnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln, wenn die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht oder nicht rechtzeitig getroffen wird.

Zu § 309 – Sonstige Leistungserbringer

Die Vorschrift ermächtigt die Spitzenverbände der Krankenkassen, für das Abrechnungsverfahren mit den sonstigen Leistungserbringern Richtlinien zu be-

schließen, die durch Vereinbarungen zwischen den Beteiligten umzusetzen sind.

Es wird zweckmäßig sein, u. a. festzulegen, daß die Eintragung der Leistungsdaten auf den Abrechnungsbelegen in Maschinschrift erfolgt, damit die Belege in einem kostengünstigen Verfahren erfaßt werden können.

Die Einzelheiten sollen in den Richtlinien festgelegt werden.

Zum Dritten Abschnitt – Datenschutz und Datenverwendung**Zu § 310 – Datenschutz****Zu Absatz 1**

Die Vorschrift zählt abschließend auf, für welche Aufgabenzwecke die Krankenkassen personenbezogene Daten ihrer Versicherten erheben können.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift schließt aus, daß personenbezogene Daten zu noch nicht bestimmbareren Zwecken gesammelt werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß die Datenschutzvorschriften des SGB I und SGB X gelten.

Zu § 311 – Auskunftspflicht der Krankenkasse**Zu Absatz 1**

Zur Stärkung des Kostenbewußtseins der Versicherten, aber auch zur Erhöhung der Transparenz werden die Krankenkassen zur Auskunft verpflichtet. In diesem Zusammenhang besteht für den Versicherten kein Anspruch auf Mitteilung der Diagnosen. §§ 25 Abs. 2, 83 SGB X und § 13 BDSG bleiben unberührt. Der Auskunftsanspruch bezieht sich nicht auf Daten von Familienangehörigen; familienversicherte Angehörige haben einen eigenen Auskunftsanspruch.

Zu Absatz 2

Die Ausführungen zu Absatz 1 gelten entsprechend, soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherten Auskünfte erteilen.

Zu § 312 – Forschungsvorhaben**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift bezieht sich auf die interne Forschung der Krankenversicherung, für die das geltende Recht (§§ 75 und 76 SGB X) nicht anwendbar ist. Die Beteiligung der Aufsichtsbehörde soll sicherstellen, daß nur die für das Forschungsvorhaben erforderlichen Daten verwendet werden.

Zu Absatz 2

Die für Forschungsvorhaben verwendeten personenbezogenen Daten sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anonymisiert werden, um den Schutz der Betroffenen zu verstärken.

Zum Elften Kapitel – Bußgeldvorschriften**Zu den Einzelvorschriften****Zu § 313 – Zusammenarbeit zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten**

Die Vorschrift entspricht § 317b RVO. Satz 3 stellt klar, daß der Datenschutz des Zehnten Kapitels auch für die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit anderen Behörden im Rahmen dieser Vorschrift gilt.

Zu § 314 – Bußgeldvorschriften

Die Vorschrift übernimmt die bisher in § 530 RVO vorgesehenen Tatbestände einer Ordnungswidrigkeit, soweit diese nicht bereits durch das „Gesetz über die Einordnung der Meldevorschriften und des Einzugs des Gesamtsozialversicherungsbeitrages“ in das Sozialgesetzbuch übernommen worden sind, und ergänzt sie um eine Bußgeldbewehrung neu geschaffener Melde-, Auskunfts- und Mitteilungspflichten.

Zu Artikel 2 – Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch**Zu Nummer 1 (§ 21)**

Die Aufzählung der Leistungen wird an die neuen Regelungen und Bezeichnungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch – SGB V – (Artikel 1 §§ 11 bis 76) angepaßt.

Zu Nummer 2 (§ 29)

Die Vorschrift wird an die neuen Bezeichnungen im SGB V (siehe z. B. § 23 Abs. 4, § 39 Abs. 2, § 115 Abs. 2 und § 119) angepaßt.

Zu Nummer 3 (§ 37)

Die Änderung dient der Klarstellung, daß die besonderen Teile des Sozialgesetzbuchs aus dem Zweiten bis Neunten Buch gebildet werden. Diese Klarstellung knüpft an die in Artikel II § 1 der Übergangs- und Schlußvorschriften zum Ersten Buch getroffene Regelung an, daß die dort in einem Katalog aufgeführten Sozialgesetze bis zu ihrer Einordnung in das Sozialgesetzbuch mit den zu ihrer Ergänzung und Änderung erlassenen Gesetzen als besondere Teile des Sozialgesetzbuchs gelten.

Mit der Einordnung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, das bisher im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt war, als Fünftes Buch Sozialgesetzbuch wird der erste der besonderen Teile in das Sozialgesetzbuch als Dauerrecht eingefügt. Die Nennung des Zweiten bis Neunten Buches bringt zum Ausdruck, daß die eingeordneten Sozialgesetze Bestandteil der besonderen Teile des Sozialgesetzbuchs werden. Die Verweisung auf den Anwendungsbereich des Ersten und Zehnten Buches und der Vorrang für die abweichenden Regelungen in den besonderen Teilen des Sozialgesetzbuchs schafft eine klare Zuordnung und Abgrenzung.

Die Weitergeltung von Artikel II § 1 wird durch die Änderung nicht berührt.

Zu Artikel 3 – Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Der Artikel geht vom Vierten Buch Sozialgesetzbuch in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 1 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 und 2 (Überschriften und § 1)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an die Veränderung des Gliederungsaufbaus zum Sozialgesetzbuch. Ursprünglich war beabsichtigt, im Vierte Buch das gesamte Sozialversicherungsrecht zu regeln. Nunmehr ist neben dem Fünften Buch für die gesetzliche Krankenversicherung auch für die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung jeweils ein eigenes Buch vorgesehen.

Zu Nummer 3 und 5 bis 7 (§§ 28 d, 28 h, 28 i und 28 p)

Die Änderungen sind erforderlich, weil die Ersatzkassen – abweichend vom bisherigen § 225 RVO – nach dem SGB V (§§ 4 und 177) Krankenkassen sind und im Beitragsrecht zwischen Ersatzkassen und anderen Krankenkassen nicht mehr unterschieden wird (§§ 227 ff. SGB V). Daraus folgt, daß die Ersatzkassen

mit Inkrafttreten dieser Vorschriften des SGB V für die Krankenversicherungsbeiträge ihrer kraft Gesetzes versicherten (versicherungspflichtigen) Mitglieder Einzugsstellen werden. Hinsichtlich ihrer freiwillig Versicherten werden sie wie die anderen Krankenkassen Einzugsstellen für die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Bundesanstalt für Arbeit.

Die Änderungen enthalten außerdem redaktionelle Anpassungen an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 4 und 8 (§§ 28e und 36)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 9 (§ 36a)

Entsprechend dem neuen Absatz 3a in § 63 (siehe zu Nummer 12) und Absatz 4 dieser Vorschrift ist auch ein Mitglied der besonderen Ausschüsse von der Anwesenheit bei der Beratung und Abstimmung über personenbezogene Daten bestimmter Personen ausgeschlossen.

Zu Nummer 10 Buchstabe a (§ 43 Abs. 1)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zum Wegfall des § 292 RVO und der anderen Regelungen über aufnehmende und aufzunehmende Krankenkassen bei der Vereinigung von Krankenkassen (§§ 288 ff. RVO). Nach dem SGB V entsteht in diesem Fall aus den beteiligten Krankenkassen eine neue Krankenkasse (siehe z. B. § 153 Abs. 4 SGB V).

Zu Nummer 10 Buchstabe b und Nummer 11 (§ 43 Abs. 3 und § 47)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 12 (§ 63)

Personenbezogene Daten eines Arbeitnehmers dürfen nicht aufgrund einer Tätigkeit in Selbstverwaltungsorganen zur Kenntnis des Betriebes gelangen, in dem der Arbeitnehmer beschäftigt ist. Durch die neue Vorschrift wird der Datenschutz noch besser gewahrt, als dies der strafrechtliche Schutz durch die §§ 203 und 204 des Strafgesetzbuchs (Verletzung und Verwertung fremder Geheimnisse) allein vermöchte.

Die Abgrenzung in Satz 3 stellt sicher, daß ein Ausschluß von der Mitwirkung nicht unnötigerweise dann eintritt, wenn personenbezogene Daten offengelegt werden, die – wie beispielsweise die in § 68 Abs. 1

Satz 1 SGB X genannten Daten oder Beitragsdaten – dem Betrieb bereits bekannt sind oder deren Bekanntwerden schutzwürdige Belange des Arbeitnehmers nicht beeinträchtigt.

Zu Nummer 13 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Gleichstellung der Ersatzkassen (siehe die Begründung zu Nummer 3 und 5 bis 7).

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist eine redaktionelle Anpassung. Zuwiderhandlungen gegen die dem bisherigen § 318a RVO entsprechende Vorschrift des § 215 Abs. 1 SGB V sind nach § 314 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V mit Geldbuße bedroht.

Zu Artikel 4 – Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch

Der Artikel geht vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 11 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Absatz 1 (§ 79)

Die Änderung bringt zum Ausdruck, daß die Speicherung und Veränderung personenbezogener Daten nicht nur für einzelne Teilaufgaben, sondern auch für mehrere Aufgaben der Leistungsträger erfolgen können muß. Veränderungen in der Aufgabenstellung der Leistungsträger durch Rechtsänderungen im jeweiligen Leistungsrecht bedingen auch veränderte Zweckbestimmungen. Dadurch wird sichergestellt, daß bereits gespeicherte Daten für neu hinzukommende Aufgaben verwendet werden können. Anderenfalls müßten für neue Aufgaben Daten erhoben werden, die bereits bei den Leistungsträgern vorhanden sind, was zu einem unnötigen Datenfluß sowie vermeidbarer Verwaltungstätigkeit und Belastung der Bürger führen würde.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 1 (§ 96)

Die Änderung trägt einem praktischen Bedürfnis Rechnung. Sie sieht vor, daß Träger der Unfallversicherung für Zwecke der Gesundheitsvorsorge (Prävention), der Rehabilitation und in eingeschränktem

Umfang der Forschung zulässigerweise offenbarte Untersuchungsdaten zusammenfassen dürfen, um die erforderliche Grundlage für die wissenschaftliche Analyse durchführen und die notwendigen Schritte für die Weiterentwicklung der Therapie ermöglichen zu können. Aufgrund langer Latenzzeiten bei Berufskrankheiten bedarf es der Zusammenfassung der Ergebnisse von Langzeituntersuchungen, ohne daß z. B. der Wechsel in der Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft dieser Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse entgegenstehen kann. Voraussetzung für eine solche Zusammenfassung von Untersuchungsergebnissen ist, daß bei den Trägern der Unfallversicherung die gleichen Aufgaben wahrgenommen werden. Die Tatbestände über die Befugnis zur Offenbarung von personenbezogenen Daten nach den §§ 68 bis 77 SGB X werden durch diese Ausnahmeregelung nicht berührt.

Zu Nummer 2 (§ 100)

Die Vorschrift wird an die neuen Bezeichnungen im SGB V (siehe z. B. § 23 Abs. 4, § 39 Abs. 2, § 115 Abs. 2 und § 119) angepaßt.

II. Zum Zweiten Teil — Änderung weiterer Gesetze

Zu Artikel 5 — Reichsversicherungsordnung

Der Artikel geht von der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 2 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 (Zweites Buch)

Die Streichung folgt aus der Einordnung des bisher im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung geregelten Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung in das Sozialgesetzbuch als Fünftes Buch durch Artikel 1.

Von der Streichung ausgenommen sind die Vorschriften über die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und der regionalen Kassenverbände, über die Dienstordnung für Angestellte von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden sowie über regionale Kassenverbände. Diese Vorschriften gelten in geänderter Fassung (siehe nachfolgend zu Nummer 2 bis 13) weiter, die Vorschriften über die Dienstordnung nach Maßgabe des Artikels 63. § 342 gilt künftig für alle Krankenkassen im Sinne des SGB V sowie für die regionalen Kassen-

verbände (siehe § 413 Abs. 2 Satz 2 RVO). Die Vorschriften über regionale Kassenverbände gelten künftig auch für die Kassenverbände nach § 227 SGB V (siehe Artikel 65).

Zu Nummer 2 bis 13 (§§ 342, 350, 354 bis 357, 407, 409, 411 bis 413 und 414 b)

Die Neufassung des § 342 sowie die Änderungen der anderen Vorschriften enthalten redaktionelle Klarstellungen und Folgeänderungen zum SGB V. Die Neufassung des § 355 Abs. 2 berücksichtigt außerdem Absatz 2 Nr. 1 des durch Nummer 1 gestrichenen § 346.

Zu Nummer 14 (§ 547)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Streichung des § 565 (siehe zu Nummer 17). Sie tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3).

Zu Nummer 15 (§ 560)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Streichung des § 565 (siehe zu Nummer 17). Sie tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3).

Zu Nummer 16 (§ 561)

Die Bezeichnung „Regellohn“ in Absatz 1 Satz 1 wird an die neue Bezeichnung in § 46 SGB V und die Verweisungen werden an diese Vorschrift angepaßt.

Zu Nummer 17 (§ 565)

Bei Gesundheitsschäden durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten ist künftig ausschließlich die gesetzliche Unfallversicherung leistungspflichtig (siehe § 11 Abs. 3 SGB V). Die in § 565 RVO bisher bestimmte teilweise vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung soll entfallen. Die Änderungen treten am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3). Siehe auch Nummer 33 hinsichtlich der Streichung des § 1504 RVO.

Zu Nummer 18 und 19 (§§ 568 a und 569 a)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 20 (§ 589)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zum Wegfall der bisherigen Sterbegeldregelung nach § 179 Abs. 1 Nr. 5 und den §§ 201 bis 204 RVO (siehe § 11 SGB V und Artikel 56).

Zu Nummer 21 (§ 779 a)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Streichung des § 565 (siehe zu Nummer 17). Sie tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3).

Zu Nummer 22 (§ 779 b)

Die Neufassung ist eine Folgeänderung zur Streichung des § 779 a (siehe zu Nummer 21). Sie tritt am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3). Die entsprechende Anwendung des Absatzes 1 stellt sicher, daß — wie bisher — Haushaltshilfe nach § 779 b nur unter den für die Betriebshilfe geltenden Voraussetzungen erbracht wird.

Zu Nummer 23 (§ 779 d)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (siehe Artikel 7) angepaßt.

Zu Nummer 24 (§ 881)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 25 (§ 1228)

Die Ergänzung ist eine Folgeänderung zur Regelung des § 82 SGB V. Die Vorschrift stellt sicher, daß bei vorübergehendem Unterschreiten der Geringfügigkeitsgrenze infolge stufenweiser Wiederaufnahme der Tätigkeit eine zuvor gegebene Versicherungspflicht bestehen bleibt. Im übrigen wird auf die Begründung zu Artikel 31 Nr. 6 Bezug genommen.

Zu Nummer 26 bis 28 (§§ 1237 b, 1240 und 1241)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt. Außerdem wird die Bezeichnung „Regellohn“ in § 1241 Abs. 1 Satz 1 an die neue Bezeichnung in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 29 (§ 1241 f)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 30 (§ 1243)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 31 (§ 1304 e)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V und zu Artikel 9 Abs. 1 Nr. 1.

Zu Buchstabe b

Der von den Rentenversicherungsträgern zum Krankenversicherungsbeitrag der Rentner gezahlte Zuschuß deckt zur Zeit die Hälfte des von den versicherungspflichtigen Rentnern aus der gesetzlichen Rente zu tragenden Krankenversicherungsbeitrages ab. § 256 SGB V sieht vom 1. Juli 1989 an eine Angleichung des Beitragssatzes aus der Rente an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Dementsprechend wird durch die Änderung des Absatzes 2 vom 1. Juli 1989 an (siehe Artikel 70 Abs. 2) sichergestellt, daß der Krankenversicherungszuschuß auch in Zukunft jeweils den halben Krankenversicherungsbeitrag abdeckt.

Wie bisher soll auch in Zukunft der Krankenversicherungszuschuß, der für versicherungspflichtige Rentner einerseits und für freiwillig versicherte oder privat versicherte Rentner andererseits gezahlt wird, grundsätzlich den gleichen Anteil an der Rente betragen. Als zweckgebundene Leistung wird er allerdings für freiwillig versicherte oder privat versicherte Rentner auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen begrenzt. Eine solche Begrenzung ist schon bisher für die Beitragszuschüsse des Arbeitgebers an freiwillig oder privat krankenversicherte Beschäftigte vorgesehen.

Zu Nummer 32 (§ 1400)

Die Neufassung enthält redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V.

Zu Nummer 33 (§§ 1504 und 1508)

Die Streichung des § 1504 steht im Zusammenhang mit der Streichung des § 565 (siehe zu Nummer 17). Bei Gesundheitsschäden durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten wird die gesetzliche Krankenversicherung vom 1. Januar 1991 an (siehe Artikel 70 Abs. 3) nicht mehr aufgrund eigenen Rechts tätig. Leistet die Krankenversicherung von diesem Zeitpunkt an im Auftrag eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder irrtümlich, richtet sich die Erstattung von Aufwendungen nach den allgemeinen Vorschriften (§§ 102 ff. SGB X). Für die Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1990 gilt Artikel 58.

Die Streichung des § 1508 ist eine Folgeänderung zum Wegfall der bisherigen Sterbegeldregelung nach § 179 Abs. 1 Nr. 5 und den §§ 201 bis 204 RVO (siehe § 11 SGB V und Artikel 56).

Zu Artikel 6 – Angestelltenversicherungsgesetz

Der Artikel geht vom Angestelltenversicherungsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 3 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 (§ 4)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 82 SGB V. Die Vorschrift stellt sicher, daß bei vorübergehendem Unterschreiten der Geringfügigkeitsgrenze infolge stufenweiser Wiederaufnahme der Tätigkeit eine zuvor gegebene Versicherungspflicht bestehen bleibt. Im übrigen wird auf die Begründung zu Artikel 31 Nr. 6 Bezug genommen.

Zu Nummer 2 bis 4 (§§ 14 b, 17 und 18)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt. Außerdem wird die Bezeichnung „Regellohn“ in § 18 Abs. 1 Satz 1 an die neue Bezeichnung in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 5 (§ 18 f)**Zu Buchstabe a**

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 20)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 7 (§ 83 e)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V und zu Artikel 9 Abs. 1 Nr. 1.

Zu Buchstabe b

Siehe die Begründung zu Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b. Die Neufassung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 8 (§ 122)

Die Neufassung enthält redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V.

Zu Nummer 9 (§ 126 a)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Artikel 7 – Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte

Das neue Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte übernimmt die Neuregelungen des SGB V in die landwirtschaftliche Krankenversicherung, soweit dem nicht Besonderheiten in diesem Bereich entgegenstehen, sowie den Aufbau und die teilweise neue Terminologie des SGB V. Es löst das bisherige Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (KVLG 1972) am 1. Januar 1989 ab (siehe Artikel 70 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1).

Zum Ersten Abschnitt — Aufgaben der landwirtschaftlichen Krankenkassen, versicherter Personenkreis

Zu § 1 — Aufgaben der Krankenversicherung für Landwirte

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 1 KVLG 1972 unter Übernahme der Aufgabenbeschreibung nach § 1 und der Grundsätze bei der Leistungserbringung nach § 2 SGB V.

Zu § 2 — Pflichtversicherte

Zu Absatz 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 übernehmen § 2 Abs. 1 und 1a KVLG 1972.

Zu Absatz 3

Absatz 3 übernimmt § 2 Abs. 2 KVLG 1972.

Betreiben Ehegatten gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen und ist einer von ihnen versicherungspflichtig beschäftigt, kann in der Regel nach Satz 3 davon ausgegangen werden, daß der andere das Unternehmen überwiegend leitet.

Zu Absatz 4

Die Absätze 4 bis 6 entsprechen § 2 Abs. 3 bis 5 KVLG 1972.

Zu § 3 — Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 3 KVLG 1972.

Bei der Abgrenzung zwischen der Krankenversicherung der Rentner und der der Altenteiler nach Absatz 2 Nr. 2 wird nunmehr darauf abgestellt, bei welcher Krankenkasse das Mitglied in den letzten Jahren überwiegend versichert war.

Zu § 4 — Befreiung von der Versicherungspflicht

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 4 KVLG 1972. Über das bisher geltende Recht hinaus wird jedoch Personen, die Altersgeld, Hinterbliebenengeld, Landabgaberente oder Waisengeld nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte beantragt haben, die Möglichkeit eingeräumt, sich von der Versicherungspflicht als Altenteiler befreien zu lassen. Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach Absatz 3 besteht nur, wenn bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Versicherung besteht, die Ansprüche

auf Leistungen bei Krankheit gewährleistet, die der Art nach den Leistungen nach diesem Gesetz entsprechen.

Zu § 5 — Befristete Befreiung von der Versicherungspflicht

Die Vorschrift übernimmt § 4 a KVLG 1972 unter Berücksichtigung des § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zu § 6 — Freiwillige Versicherung

Die Vorschrift faßt die §§ 5 und 6 KVLG 1972 zusammen und gleicht sie inhaltlich § 9 SGB V an.

Zu § 7 — Familienversicherung

Die Vorschrift übernimmt die Regelung des § 10 SGB V über die Familienversicherung unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (bisher § 32 KVLG 1972).

Zum Zweiten Abschnitt — Leistungen

Zu § 8 — Leistungen

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält die Generalverweisung auf das Leistungsrecht im Dritten Kapitel des SGB V (§§ 11 bis 76).

Zu Absatz 2

Die Vorschrift stellt klar, daß Kranken- und Mutterschaftsgeld nur nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 gezahlt wird. Entbindungsgeld wird jedoch nach § 64 SGB V gewährt.

Zu Absatz 3

Für die Erprobungsregelung einer Beitragsrückgewähr ist eine landwirtschaftliche Krankenkasse auszuwählen. Die Umlage zum Ausgleich der Belastungen ist von allen Mitgliedern des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu erheben.

Zu § 9 — Betriebshilfe

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt klar, daß der nach § 2 versicherungspflichtige Unternehmer anstelle von Krankengeld und Mutterschaftsgeld Betriebshilfe erhält. Unter dem Begriff „Krankengeld“ sind alle Krankengeldarten zu

verstehen, also auch Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Zu Absatz 2 bis 4

Die Absätze 2 bis 4 übernehmen weitgehend § 34 KVLG 1972. Allerdings wird Betriebshilfe auch schon während der ersten beiden Wochen einer Krankenhausbehandlung oder medizinischer Kurmaßnahmen gewährt. Auch kann die Satzung vorsehen, daß Betriebshilfe über den Zeitraum von drei Monaten hinaus geleistet werden kann. Beide Neuregelungen sind Angleichungen an das Krankengeldrecht des SGB V.

Zu § 10 – Haushaltshilfe

Die Vorschrift erweitert den bisherigen § 35 KVLG 1972. Mitversicherte Familienangehörige, Altenteiler und Personen, die eine Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte beantragt haben, erhalten Haushaltshilfe nach den §§ 37 und 60 SGB V.

Zu § 11 – Ersatzkraft bei Betriebs- und Haushaltshilfe

Die Vorschrift entspricht § 36 KVLG 1972.

Zu § 12 – Krankengeld für rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 19 Abs. 2 KVLG 1972.

Zu § 13 – Krankengeld für nichtrentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige

Die Vorschrift übernimmt geltendes Recht (§ 19 Abs. 1, § 20 Abs. 2 und § 20 Abs. 4 KVLG 1972). Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt, Dauer und Ruhen des Krankengeldes ergeben sich aus den §§ 43 ff. SGB V.

Zu § 14 – Mutterschaftsgeld

Zu Absatz 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 fassen § 27 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 KVLG 1972 zusammen und verweisen weitgehend auf die entsprechenden Vorschriften des SGB V. Entbindungsgeld wird auf Grund der Generalverweisung nach Maßgabe des § 64 SGB V gewährt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 31 KVLG 1972.

Zu § 15 – Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Die Vorschrift berücksichtigt die Tatsache, daß das bisherige Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte erst am 1. Oktober 1972 in Kraft trat und somit die Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung frühestens am 1. Oktober 1972 erworben werden konnte.

Zum Dritten Abschnitt – Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Zu § 16 – Vertragsrecht

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält die Generalverweisung auf das Vertragsrecht des SGB V.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Wahrnehmung von Aufgaben der Landesverbände weitgehend entsprechend § 74 Abs. 2 KVLG 1972.

Zu § 17 – Anstellung von Personen zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege, Betriebs- und Haushaltshilfe

Die Vorschrift übernimmt § 77 Abs. 1 KVLG 1972.

Zum Vierten Abschnitt – Organisation der Krankenkassen

Zu § 18 – Träger der Versicherung, Aufsicht

Die Vorschrift entspricht § 44 KVLG 1972.

Zu § 19 – Zusammenarbeit der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Die Vorschrift übernimmt § 45 KVLG 1972.

Zu § 20 – Zuständigkeit

Die Vorschrift übernimmt § 46 KVLG 1972.

Zu § 21 – Wahlrecht der Studenten und Praktikanten

Die Vorschrift übernimmt § 49 a Abs. 1 KVLG 1972. Für die Durchführung der Versicherung wird auf die allgemeinen Regelungen des SGB V verwiesen.

Zu § 22 — Beginn der Mitgliedschaft

Die Vorschrift entspricht § 47 KVLG 1972. Auch ohne besondere Erwähnung bestimmt die Vorschrift den Beginn der Mitgliedschaft der in § 2 Abs. 2 und 3 genannten Personen, weil diese als Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 gelten.

Zu § 23 — Mitgliedschaft von Antragstellern auf eine Geldleistung aus der Altershilfe**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift gleicht den bisherigen § 49 KVLG 1972 an die Neuregelung des SGB V an.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 49 c KVLG 1972.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, daß von der Versicherungspflicht befreite Antragsteller nicht als Mitglieder gelten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Konkurrenz zur Mitgliedschaft von Renten Antragstellern.

Zu § 24 — Ende der Mitgliedschaft

Die Vorschrift übernimmt § 48 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 KVLG 1972 und nimmt ergänzend in Nr. 6 eine dem § 199 Abs. 10 Nr. 2 SGB V entsprechende Regelung auf.

Zu § 25 — Fortbestehen der Mitgliedschaft**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 48 Abs. 2 Nr. 2 und 3 KVLG 1972. Sie wurde an die Fassung des § 201 Abs. 1 Nr. 2 SGB V angepaßt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ergänzt den bisherigen § 48 Abs. 2 KVLG 1972 um die Regelung des § 201 Abs. 2 SGB V bei zulässiger Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses oder Beurlaubung unter Wegfall des Entgeltanspruchs im Fall der Schwangerschaft.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 50 KVLG 1972.

Zu § 26 — Verfassung, Satzung, Organe**Zu Absatz 1**

Die Vorschrift verweist auf die entsprechenden Bestimmungen im SGB V.

Zu Absatz 2

Die Regelung des § 52 KVLG 1972 über die Stellung des Geschäftsführers und des stellvertretenden Geschäftsführers der landwirtschaftlichen Krankenkassen wird übernommen.

Zu § 27 — Meldepflichten landwirtschaftlicher Unternehmer und früherer Versicherter

Die Vorschrift übernimmt § 61 Abs. 1, 2 und 4 KVLG 1972 und führt in Angleichung an das SGB V weitere meldepflichtige Tatbestände ein. Die Verweisung auf die §§ 28 a bis 28 c SGB IV entspricht § 207 SGB V.

Zu § 28 — Meldepflichten bei Wehrdienst und Zivildienst

Die Vorschrift entspricht § 67 Abs. 1 Satz 3 KVLG 1972. Die KV-Pauschalbeitragsverordnung bleibt bestehen und wird durch Artikel 20 redaktionell an das SGB V angepaßt.

Zu § 29 — Meldepflichten bei Bezug einer Leistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Vorschrift erweitert die Meldepflichten des bisherigen § 62 Abs. 1, 1 a, 2 und 3 KVLG 1972 entsprechend dem Melderecht des SGB V.

Zu § 30 — Meldepflichten bei berufsfördernden Maßnahmen, Bezug von Vorruhestandsgeld, Versorgungsbezügen und Erziehungsgeld

Die Vorschrift erweitert den bisherigen § 62 Abs. 1 b KVLG 1972 und verweist auf die allgemeinen Bestimmungen des SGB V.

Zu § 31 — Meldepflichten bestimmter Versicherungspflichtiger

Die Vorschrift entspricht § 214 SGB V.

Zu § 32 – Auskunftspflicht

Die Vorschrift verweist auf den dem bisherigen § 61 Abs. 5 KVLG 1972 nachgebildeten § 215 SGB V.

Zu § 33 – Prüfpflicht

Die Vorschrift entspricht § 61 Abs. 6 KVLG 1972. Die Frist wird auf vier Jahre verlängert und damit der Verjährungsfrist des § 25 Abs. 1 SGB IV angepaßt.

Zum Fünften Abschnitt – Bundesverband**Zu § 34 – Aufgaben des Bundesverbandes***Zu Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht § 56 Abs. 1 Satz 1 KVLG 1972 und verweist auf das Verbänderecht des SGB V.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift ergänzt die Aufgaben des Bundesverbandes nach dem SGB V um die bisher in § 57 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1972 vorgesehene Verteilung der Bundeszuschüsse auf die Mitgliedskassen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 56 Abs. 3 KVLG 1972.

Zu § 35 – Organe des Bundesverbandes*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift übernimmt § 58 Abs. 1 KVLG 1972.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt § 59 KVLG 1972.

Zum Sechsten Abschnitt – Finanzierung**Zu § 36 – Grundsatz**

Die Vorschrift übernimmt die in § 63 Abs. 1 KVLG 1972 geregelten Grundsätze der Finanzierung.

Zu § 37 – Festsetzung der Beiträge

Die Vorschrift übernimmt im wesentlichen § 65 Abs. 1 Satz 1 und 2 KVLG 1972 unter Angleichung an die Regelungen des SGB V. Die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben beinhalten auch die Verwaltungskosten.

Zu § 38 – Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer*Zu Absatz 1 und 2*

Die Regelungen bestimmen die beitragspflichtigen Einnahmen. In Anlehnung an § 235 SGB V werden alle auch in der allgemeinen Krankenversicherung der Beitragsbemessung zugrunde zu legenden Einnahmearten berücksichtigt. Arbeitseinkommen aus außerland- und außerforstwirtschaftlicher Tätigkeit wird für die Beitragsberechnung jedoch nur herangezogen, wenn es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift übernimmt Regelungsinhalte aus § 67a Abs. 1 bis 3 KVLG 1972.

Zu § 39 – Beitragsberechnung bei Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft*Zu Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht § 65 Abs. 1 Satz 3 und 4 KVLG 1972.

Zu Absatz 2 bis 5

Die Vorschriften entsprechen § 65 Abs. 2 bis 5 KVLG 1972.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift entspricht § 65 Abs. 6 KVLG 1972.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 67a Abs. 1 und 4 Satz 1 KVLG 1972.

Zu § 40 – Auskunftspflicht des Beitragspflichtigen

Die Vorschrift übernimmt die Regelung des § 65 Abs. 6 KVLG 1972 für außerland- und außerforstwirtschaftliches Arbeitseinkommen.

Zu § 41 — Beitragsberechnung für versicherungspflichtige arbeitende Familienangehörige

Zu Absatz 1 und 2

Die Vorschriften übernehmen § 66 Abs. 1 und 2 KVLG 1972.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verweist für die Beitragsberechnung von Schwangeren, deren Mitgliedschaft nach § 25 Abs. 2 erhalten bleibt, auf die Bestimmungen der Satzung. Die Regelung entspricht § 235 Abs. 4 SGB V.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 67 a Abs. 1 bis 3 und Abs. 4 Satz 2 KVLG 1972.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht § 64 Abs. 4 KVLG 1972. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die genannten Einnahmearten. Daneben bleiben Renten und Versorgungsbezüge beitragspflichtig.

Zu § 42 — Beitragsberechnung für besondere Personengruppen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verweist auf § 253 SGB V.

Zu Absatz 2

Nach § 2 Abs. 6 steht der Bezug von Vorruhestandsgeld einer hauptberuflichen Beschäftigung als arbeitender Familienangehöriger gleich, wenn der Familienangehörige unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes nach Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig war. Die Beitragsberechnung bei Bezug von Vorruhestandsgeld ist daher entsprechend der Beitragsberechnung für versicherungspflichtige arbeitende Familienangehörige vorzunehmen.

Zu § 43 — Beitragsberechnung für Antragsteller auf eine Geldleistung der Altershilfe

Die Vorschrift übernimmt die Regelungen des § 64 Abs. 1 und des § 66 Abs. 3 KVLG 1972 und gleicht sie an die §§ 234 und 248 SGB V an.

Zu § 44 — Beitragsberechnung für Altenteiler

Die Vorschrift faßt im wesentlichen die Regelungen des bisherigen § 67 a Abs. 1 bis 3 und Abs. 4 Satz 4 KVLG 1972 zusammen.

Zu § 45 — Beitragsberechnung für freiwillige Mitglieder

Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder wird wie nach bisher geltendem Recht (§ 65 Abs. 7 KVLG 1972) durch die Satzung geregelt. Hierbei finden die §§ 233 und 249 SGB V Anwendung.

Zu § 46 — Tragung der Beiträge

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 64 Abs. 1 KVLG 1972.

Zu § 47 — Tragung der Beiträge durch Dritte

Zu Absatz 1

Die Vorschrift übernimmt inhaltlich § 64 Abs. 2 KVLG 1972.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift übernimmt § 64 Abs. 3 KVLG 1972 und berücksichtigt hierbei die Regelung des § 259 SGB V.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 67 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1972.

Zu § 48 — Zahlung der Beiträge

Die Vorschrift übernimmt die entsprechende Regelung des § 261 SGB V.

Zu § 49 — Beitragszahlung aus der Rente und aus Versorgungsbezügen

Die Vorschrift entspricht § 67 b Abs. 1 und 2 KVLG 1972.

Zu § 50 — Verwendung und Verwaltung der Mittel, Rücklage und Gesamtrücklage

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verweist auf die entsprechenden Vorschriften des SGB V (vgl. bisher §§ 70 ff. KVLG 1972).

Der Rahmen für die Betriebsmittel kann durch die Satzung auf das Zweifache des Monatsbetrages der Ausgaben erweitert werden. Anders als in der allgemeinen Krankenversicherung, bei der durch Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze jährlich automatisch höhere Beitragseinnahmen ermöglicht werden, besteht bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen wegen der starren Bodenbewertungsmaßstäbe keine Beitragsautomatik. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen benötigen daher zur Wahrung einer befriedigenden Beitragskontinuität größere Finanzreserven (höheres Betriebsmittel- und Rücklagesoll) als die anderen Krankenkassen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 71 a Abs. 2 Satz 1, 2 und 3 KVLG 1972.

Der Rahmen für das durch die Satzung festzulegende Rücklagesoll wurde erweitert. Auf die Begründung zu Absatz 1 wird verwiesen.

Zu Absatz 3

Den Besonderheiten der landwirtschaftlichen Krankenkassen angepaßt, kann eine Gesamtrücklage beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen gebildet werden.

Zu § 51 – Erstattung der Verwaltungskosten

Die Vorschrift übernimmt § 72 KVLG 1972.

Zu § 52 – Verordnungsermächtigung

Die Vorschrift entspricht § 73 KVLG 1972.

Zu § 53 – Finanzausgleiche

Auch im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sollen die Vorschriften über die Finanzausgleiche nach den §§ 274 und 276 SGB V gelten. Ein obligatorischer Finanzausgleich nach § 275 SGB V ist nicht vorgesehen, da im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenkassen Landesverbände nicht bestehen.

Zum Siebten Abschnitt – Medizinischer Dienst, Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten

Zu § 54 – Medizinischer Dienst, Versichertenverzeichnis und Leistungsdaten

Die Vorschrift verweist auf die entsprechenden Vorschriften des SGB V.

Zum Achten Abschnitt – Bußgeldvorschriften, Anwendung sonstiger Vorschriften

Zu § 55 – Bußgeldvorschriften, Zusammenarbeit

Die Vorschrift entspricht § 80 KVLG 1972 und ist § 313 SGB V nachgebildet.

Zu § 56 – Anwendung sonstiger Vorschriften

Die Vorschrift übernimmt § 82 KVLG 1972. Die Erwähnung des SGB V wird durch die Einarbeitung seiner Vorschriften in das neue KVLG überflüssig.

Zum Neunten Abschnitt – Übergangs- und Schlußvorschriften

Zu den §§ 57 bis 61

Die Übergangs- und Schlußvorschriften aus geltendem Recht wurden, soweit sie für das neue KVLG noch bedeutsam sind (vgl. §§ 94, 95, 107, 114 Abs. 2 und 115 KVLG 1972), übernommen und redaktionell angeglichen.

Durch Zeitablauf oder aus anderen Gründen gegenstandslos gewordene Vorschriften wurden gestrichen (vgl. §§ 94 a, 94 b, 94 c, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117 und 118 KVLG 1972).

Zu Artikel 8 – Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Der Artikel geht vom Reichsknappschaftsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 4 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Ge-

samtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 (§§ 15 bis 19)

Erforderlich ist die Streichung oder Änderung

von § 15 wegen § 5 in Verbindung mit § 186 SGB V,

von § 16 wegen § 6 Abs. 4 SGB V,

von § 17 Abs. 1 wegen § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V,

von § 17 Abs. 2 wegen §§ 191, 193 Abs. 1 SGB V,

von § 18 Abs. 1 wegen § 191 SGB V;
Absatz 2 kann entfallen, da für die Bundesknappschaft hinsichtlich der Durchführung der knappschaftlichen Krankenversicherung künftig generell die Regelungen des SGB V gelten,

von § 19 Abs. 1 wegen § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 3 in Verbindung mit § 190 SGB V,

von § 19 Abs. 2 wegen § 5 Abs. 7 SGB V,

von § 19 Abs. 2a wegen § 193 Abs. 5 SGB V,

von § 19 Abs. 3, weil Bezieher einer Bergmannsrente hinsichtlich der Versicherungspflicht und -berechtigung künftig wie Bezieher anderer Renten aus der knappschaftlichen Rentenversicherung behandelt werden.

Zu Nummer 2 (§ 20)

Die Neufassung enthält redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 30)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 82 SGB V. Die Vorschrift stellt sicher, daß bei vorübergehendem Unterschreiten der Geringfügigkeitsgrenze infolge stufenweiser Wiederaufnahme der Tätigkeit eine zuvor gegebene Versicherungspflicht bestehen bleibt. Im übrigen wird auf die Begründung zu Artikel 31 Nr. 6 Bezug genommen.

Zu Nummer 4 bis 6 (§§ 36b, 39 und 40)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt. Außerdem wird die Bezeichnung „Regellohn“ in § 40 Abs. 1 Satz 1 an die neue Bezeichnung in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 7 (§ 40f)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 8 (§ 42)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 9 (§ 96c)

Zu Buchstabe a

Absatz 1 Nr. 1 enthält redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V und zu Artikel 9 Abs. 1 Nr. 1. Nach Absatz 1 Nr. 2 werden in Angleichung an die entsprechende Regelung in der Arbeiter- und in der Angestelltenversicherung (§ 1304 e Abs. 1 Nr. 2 RVO, § 83 e Abs. 1 Nr. 2 AVG) auch die außerhalb der Bundesknappschaft freiwillig versicherten Rentner in die Zuschußregelung einbezogen.

Zu Buchstabe b

Siehe die Begründung zu Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b. Die Neufassung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 10 (§ 113)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 11 (§ 114)

Absatz 1 a kann wegen inhaltlicher Übernahme dieser Regelung in § 209 Abs. 1 Nr. 2, § 260 Abs. 1 und § 261 SGB V entfallen.

Zu Nummer 12 (§ 116)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 13 (§§ 117 und 119)

Die §§ 117 und 119 sind zu streichen, weil für die knappschaftliche Krankenversicherung die allgemeinen beitragsrechtlichen Vorschriften des SGB V gelten.

Zu Nummer 14 (§ 120)

Der bisherige erste Halbsatz ist aus den zu Nummer 13 genannten Gründen zu streichen. Der bisherige zweite Halbsatz wird redaktionell angepaßt.

Zu Nummer 15 (§§ 121 und 125)

Die Streichung der §§ 121 und 125 ist aus den zu Nummer 13 genannten Gründen erforderlich.

Zu Nummer 16 (§ 159)

Die Neufassung enthält Folgeänderungen zu § 189 SGB V.

Zu Nummer 17 (§§ 204, 204 a und 239)

Die Streichung der §§ 204 und 204 a erfolgt wegen inhaltlicher Übernahme dieser Vorschriften in das Vierte Kapitel des SGB V (§§ 77 bis 149) sowie in § 221 Abs. 3 SGB V.

§ 239 ist zu streichen, weil die Vorschrift durch Zeitablauf ebenso gegenstandslos geworden ist wie die entsprechenden Regelungen des § 381 Abs. 2 Satz 2, des § 534 und des § 536 a RVO, die durch Artikel 5 Nr. 1 gestrichen werden.

Zu Artikel 9 — Gesetz über die Sozialversicherung Behinderteter*Zu Absatz 1**Zu Nummer 1 (Artikel 1 § 1)*

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 SGB V. Für die Krankenversicherung der in Werkstätten für Behinderte, in Blindenwerkstätten sowie in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätigen Behinderten sind künftig allein die Vorschriften des SGB V maßgebend.

*Zu Nummer 2 (Artikel 1 § 3)**Zu Buchstabe a*

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 SGB V.

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 5 Abs. 6 Satz 2 SGB V und zu Artikel 8 Nr. 2.

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 5 Abs. 1 Nr. 7 sowie § 260 Abs. 2 Satz 2 SGB V.

Zu Nummer 3 (Artikel 1 §§ 4 bis 7)

Es handelt sich um Folgeänderungen. Die Vorschriften zur Krankenversicherung der Behinderten in geschützten Einrichtungen sind in das SGB V und Artikel 56 übernommen worden. Erforderlich ist daher die Streichung

von § 4 wegen § 244 Abs. 3 und § 232 Abs. 2 Satz 2 SGB V,

von § 5 wegen § 260 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,

von § 6 wegen Artikel 56,

von § 7 wegen § 8 Abs. 1 Nr. 7 SGB V.

Zu Nummer 4 (Artikel 1 § 8)

Die Änderung ist eine Folgeänderung entsprechend der für die Krankenversicherung der Behinderten getroffenen neuen Regelung in § 244 Abs. 3 SGB V (siehe zu Nummer 3).

Zu Absatz 2 (Artikel 3 § 1)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 letzter Halbsatz SGB V, durch den die Vorschrift gegenstandslos geworden ist.

Zu Artikel 10 – Künstlersozialversicherungsgesetz*Zu Nummer 1 (§ 5)*

Die Neufassung enthält redaktionelle Anpassungen und Folgeänderungen zum SGB V:

Zu Nummer 2 (§ 6)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 3 (§ 7)

Die Änderungen beinhalten redaktionelle Anpassungen an die entsprechenden Vorschriften des SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 8)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 5 (§ 12)

Die Neufassung des § 12 enthält redaktionelle Anpassungen an die Vorschriften des SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 13)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Sie ist notwendig, weil unter den Begriff „Krankenkassen“ abweichend vom bisherigen § 225 RVO nach dem SGB V (siehe z. B. § 4) sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

Zu Artikel 11 – Handwerkerversicherungsgesetz

Der Artikel geht vom Handwerkerversicherungsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 6 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 12 – Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Ergänzung des Bundesvertriebenengesetzes um § 90b (siehe Artikel 36 Nr. 2).

Zu Artikel 13 – Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz*Zu Nummer 1 (§ 28 a)*

Die vorgesehenen Änderungen der rentenrechtlichen Regelungen zum Krankenversicherungszuschuß (siehe Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b) werden auch auf bereits laufende Renten erstreckt. Im übrigen wird in Fortführung der bisherigen Besitzschutzregelungen bestimmt, daß ein bisher gezahlter Zuschuß mindestens in der bisherigen Höhe, nunmehr aber grundsätzlich höchstens in Höhe der Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung zu der Rente und zu der umgewandelten Rente weitergeleistet wird. Die Neufassung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 2 (§ 41 b)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1. Sie tritt ebenfalls am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 3 (§ 51 a)

Die Verweisung wird teilweise angepaßt, weil § 165 RVO insoweit durch § 5 SGB V ersetzt wird.

Zu Artikel 14 – Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz*Zu Nummer 1 (§ 27 a)*

Die vorgesehenen Änderungen der rentenrechtlichen Regelungen zum Krankenversicherungszuschuß (siehe Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe b) werden auch auf bereits laufende Renten erstreckt. Im übrigen siehe die Begründung zu Artikel 13 Nr. 1. Die Neufassung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 2 (§ 40 b)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1. Sie tritt ebenfalls am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 3 (§ 49 a)

Die Verweisung wird angepaßt, weil § 165 RVO insoweit durch § 5 SGB V ersetzt wird.

**Zu Artikel 15 – Knappschaftsrentenversicherungs-
Neuregelungsgesetz**

Die vorgesehenen Änderungen der rentenrechtlichen Regelungen zum Krankenversicherungszuschuß (siehe Artikel 8 Nr. 9) werden auch auf bereits laufende Renten erstreckt. Die Neufassung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Artikel 16 – Gesetz über Kassenarztrecht

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 85 Abs. 1 und 2 SGB V.

**Zu Artikel 17 – Zulassungsordnung für
Kassenärzte****Zu Nummer 1 (Bezeichnung)**

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die Bezeichnung „Verordnung“ in § 106 Abs. 1 SGB V.

Zu Nummer 2 und 3 (§§ 1 und 2)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an § 106 Abs. 2 Nr. 11 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 3)

Die Vorschrift strukturiert die einjährige Vorbereitungszeit für Kassenärzte. Durch Absatz 3 Satz 3 wird die Anrechnung von Zeiten als Arzt im Praktikum auf die Vorbereitungszeit geregelt.

Zu Nummer 5 (§ 5)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an § 106 Abs. 2 Nr. 11 SGB V.

Zu Nummer 6 (§ 6)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 und § 89 Abs. 5 SGB V.

Zu Nummer 7 bis 9 (§§ 12 bis 14)

Die Vorschriften beinhalten Folgeänderungen, die sich aus der Einbeziehung der Verbände der Ersatzkassen in die Bedarfsplanung auf Landesebene ergeben.

Zu Nummer 10 und 11 (§§ 16 und 16 b)**Zu den Buchstaben a**

Der Einbeziehung der Ersatzkassen in die Bedarfsplanung auf Landesebene wird Rechnung getragen.

Zu den Buchstaben b

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 12 (§ 25)

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung zu § 106 Abs. 2 Nr. 12 SGB V.

Zu Nummer 13 bis 15 (§§ 26 bis 28)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 16 bis 18 (§§ 29, 30, 31, 31 a und 32 a)

Die Streichung der §§ 29 und 30, die Neufassung des § 31 sowie die neuen §§ 31 a und 32 a sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 und 12 sowie § 124 SGB V.

Zu Nummer 19 (§ 46)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 sowie § 124 SGB V.

Zu Nummer 20 (§ 54)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 103 Abs. 2 SGB V.

Zu Nummer 21 (Anlage zu § 2 Abs. 2)

Angaben, die für die Führung des Arztregisters unverzichtbar sind, werden in das Muster für das Arztregister ausdrücklich aufgenommen.

Zu Artikel 18 – Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte*Zu Nummer 1 (Bezeichnung)*

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die Bezeichnung „Verordnung“ in § 106 Abs. 1 SGB V.

Zu Nummer 2 bis 4 (§§ 1, 2 und 5)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an § 106 Abs. 2 Nr. 11 SGB V.

Zu Nummer 5 (§ 6)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 und § 89 Abs. 5 SGB V.

Zu Nummer 6 bis 8 (§§ 12 bis 14)

Die Vorschriften beinhalten Folgeänderungen, die sich aus der Einbeziehung der Verbände der Ersatzkassen in die Bedarfsplanung auf Landesebene ergeben.

*Zu Nummer 9 und 10 (§§ 16 und 16b)**Zu den Buchstaben a*

Der Einbeziehung der Ersatzkassen in die Bedarfsplanung auf Landesebene wird Rechnung getragen.

Zu den Buchstaben b

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 11 (§ 25)

Die Vorschrift ist eine Folgeänderung zu § 106 Abs. 2 Nr. 12 SGB V.

Zu Nummer 12 bis 14 (§§ 26 bis 28)

Die Verweisungen werden an die entsprechenden Vorschriften des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 15 bis 17 (§§ 29, 30, 31, 31 a und 32 a)

Die Streichung der §§ 29 und 30, die Neufassung des § 31 sowie die neuen §§ 31 a und 32 a sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 und 12 sowie § 124 SGB V.

Zu Nummer 18 (§ 46)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 106 Abs. 2 Nr. 11 sowie § 124 SGB V.

Zu Nummer 19 (Anlage zu § 2 Abs. 2)

Angaben, die für die Führung des Zahnarztregisters unverzichtbar sind, werden in das Muster für das Zahnarztregister ausdrücklich aufgenommen.

Zu Artikel 19 – Schiedsamsordnung*Zu Nummer 1 (Bezeichnung)*

Die Vorschrift ist eine redaktionelle Anpassung an § 97 Abs. 6 SGB V.

*Zu Nummer 2 (§ 1)**Zu Buchstabe a und c*

Die Neufassung des Absatzes 1 und der neue Absatz 3 sind Folgeänderungen zu § 97 Abs. 6 SGB V.

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung des Satzes 1 wird – abweichend vom bisherigen Recht – sichergestellt, daß jeweils ein Vertreter der Kassenart an der Schiedsamtentscheidung beteiligt ist, für die der Vertragsinhalt festgesetzt wird. Dies schließt eine dominierende Einflußnahme durch andere Kassenarten bei kassenartenspezifischen Angelegenheiten aus.

Zu Buchstabe d

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu Buchstabe a bis c.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 97 Abs. 3 und 6 SGB V.

Zu Nummer 4 und 5 (§§ 12, 22 a und 22 b)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu § 97 Abs. 7 SGB V.

Zu Artikel 20 – KV-Pauschalbeitragsverordnung

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V. Sie sind zum weiteren Vollzug der Verordnung ab dem 1. Januar 1989 notwendig, weil unter den Begriff „Krankenkassen“ abweichend vom bishe-

en § 225 RVO nach dem SGB V (siehe z. B. § 4) mtlliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung fallen und eine Reihe von Vorschriften, auf die die Verordnung verweist, durch Vorschriften des SGB V ersetzt wird.

Zu Artikel 21 – Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Nummer 1 (§ 3)

Durch den neu eingefügten Hinweis auf § 28 in § 3 Satz 2 wird klargestellt, daß die in § 28 Abs. 2 vorgesehene Krankenhausstatistik-Verordnung auch die Krankenhäuser erfaßt, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz im übrigen keine Anwendung findet.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Durch die Änderung wird § 5 Abs. 1 Nr. 7 redaktionell an die Begriffsbestimmung der „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“ in § 115 Abs. 2 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Die Aufgliederung des bisherigen § 9 Nr. 5 in zwei Fördertatbestände – nämlich Schließung (Nr. 5) und Umstellung (Nr. 6) von Krankenhäusern mit der besonderen Betonung der Umwidmung in Pflegeeinrichtungen und Pflegeabteilungen – bedeutet inhaltlich keine Erweiterung der Förderpflicht der Länder. Sie verdeutlicht aber die Pflegeproblematik und will folgende Entwicklung ermutigen:

- Entlastung der Krankenhäuser von Pflegebedürftigen, die zu ihrer Versorgung nicht der teureren Krankenhausbehandlung bedürfen, verbunden mit einem
- sinnvollen Ausgleich zwischen dem Abbau überflüssiger Betten im Krankenhausbereich und der Bereitstellung von Pflegebetten, für die noch ein Bedarf besteht.

Damit soll zugleich sichergestellt werden, daß nicht Krankenhausbetten abgebaut werden, die schon aufgrund der demographischen Entwicklung im Pflegebereich wieder aufgebaut werden müßten.

Soweit nur Krankenhausabteilungen in Pflegeabteilungen umgewidmet werden, bezweckt die neue Nummer 6 eine klare Trennung der aus unterschiedlichen Quellen zu finanzierenden Bereiche der Krankenhausbehandlung und der Pflege.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Seit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 werden die Pflegesätze zwischen dem Krankenträger und den in § 18 Abs. 2 bezeichneten Sozialleistungsträgern vereinbart. Die endgültige Wirksamkeit der Vereinbarung hängt von

ihrer Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde ab. Durch die Anfügung des Satzes 3 in § 18 Abs. 1 kommt nun als weitere Wirksamkeitsvoraussetzung die Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen hinzu. Mit der Einführung dieses Mitwirkungserfordernisses ist beabsichtigt, zu einheitlichen Verfahrensweisen bei Führung und Gestaltung der Pflegesatzverhandlungen zu gelangen und die Landesebene der Krankenkassen zusätzlich in die Verantwortung für Inhalt und Form der Pflegesatzabschlüsse vor Ort einzubeziehen.

Der neue Satz 4 in § 18 Abs. 1 zielt darauf ab, die Dauer des Pflegesatzverfahrens durch die in Satz 3 vorgesehene Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen nicht unangemessen zu verzögern.

Zu Nummer 5 (§ 27)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 6 (§ 28)

Durch die Neufassung des § 28 wird klargestellt, daß die Auskunftspflicht der Krankenhäuser gegenüber den zuständigen Landesbehörden sich auch auf die für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung erforderlichen Umstände erstreckt (Absatz 1 Satz 2). Die bislang in § 28 Abs. 2 KHG 1985 enthaltene Ermächtigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Gegenstände und Umfang der Auskunftspflicht durch Rechtsverordnung zu bestimmen, kann daher entfallen.

Die bisher in § 28 Abs. 3 KHG 1985 geregelten Ermächtigungsgründe zum Erlaß einer Krankenhausstatistik-Verordnung (nunmehr Absatz 2) werden u. a. in folgenden Punkten präzisiert und erweitert:

1. Es wird in Verbindung mit der Änderung zu § 3 Satz 2 (siehe oben zu Nummer 1) klargestellt, daß auch die in § 3 Satz 1 und § 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen, insbesondere also die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in die Krankenhausstatistik einbezogen werden.
2. Ferner wird klargestellt, daß auch die sachliche und personelle Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser unter die Erhebungstatbestände für die Krankenhausstatistik-Verordnung fallen (§ 28 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1).
3. Die Weitergabe der für die Krankenhausstatistik erhobenen Daten, soweit sie für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung erforderlich sind, an die hierfür zuständigen Landesbehörden wird auf eine bundesgesetzliche Grundlage gestellt (Absatz 2 Satz 2).

Mit dieser Neuregelung wird zugleich den in das Bundesstatistikgesetz (§ 16) übernommenen Grundsät-

zen des Volkszählungsurteils des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen.

Zu Artikel 22 – Apothekenbetriebsordnung

Es ist sicherzustellen, daß auch bei einer Auseinzelung von Teilmengen die für das betreffende Fertigarzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz vorgeschriebenen Informationen an den Verbraucher weitergegeben werden, soweit sich diese Informationen nicht bereits aus der Packungsbeilage ergeben.

Zu Artikel 23 – Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung

Zu Nummer 1 (Artikel 2 § 1)

Die Neufassung enthält eine redaktionelle Anpassung. Die Trägerschaft der Landesversicherungsanstalten für die gesetzliche Rentenversicherung ist in den §§ 1326 ff. RVO geregelt.

Die Nichtgeltung der Vorschrift in einem Teilgebiet von Baden-Württemberg bleibt unberührt (Artikel 125 Nr. 2 GG in Verbindung mit § 23 Abs. 8 Buchstabe a des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes vom 6. Juli 1949, Regierungsblatt für das Land Württemberg-Hohenzollern S. 319).

Zu Nummer 2 (Artikel 2 § 2)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu den §§ 283 ff. SGB V über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a (Artikel 3 § 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Sie ist notwendig, weil unter den Begriff „Krankenkassen“ abweichend vom bisherigen § 225 RVO nach dem SGB V (siehe z. B. § 4) sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Hinsichtlich der Nichtgeltung für Teile Baden-Württembergs siehe zu Nummer 1.

Zu Buchstabe b (Artikel 3 § 2)

Die Vorschrift ist seit längerem gegenstandslos. Die örtlichen Aufgaben der Rentenversicherung werden von den Arbeitgebern und den Trägern der Rentenversicherung durchgeführt.

Zu Buchstabe c (Artikel 3 § 3)

Die Neufassung enthält eine redaktionelle Anpassung wie zu Buchstabe a und eine Streichung hinsichtlich der Aufgaben der Rentenversicherung entsprechend der Streichung zu Buchstabe b. Hinsichtlich der Nichtgeltung für Teile Baden-Württembergs siehe zu Nummer 1.

Zu Buchstabe d (Artikel 3 § 5)

Die Neufassung enthält eine redaktionelle Anpassung der Verweisung auf § 476 RVO, der Bezeichnungen der genannten Betriebskrankenkassen und eine Klärstellung der geltenden Rechtslage. Schon für die Vorgänger dieser Betriebskrankenkassen galten die Vorschriften des Aufbaugesetzes über Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung und die Vorschriften der Dritten Aufbauverordnung (siehe zu Artikel 24) nicht. Der nach Satz 1 folgende Text ist gegenstandslos. Von der Ermächtigung des letzten Satzes wurde nie Gebrauch gemacht. Insoweit gelten die Vorschriften des Dritten Kapitels des SGB X.

Zu Nummer 4 (Artikel 8 § 3)

Die Vorschrift ist nie angewandt worden, da die erforderliche Durchführungsverordnung nicht erlassen wurde. Sie entspricht in dieser Fassung in Verbindung mit Abschnitt V § 1 Abs. 1 des Gesetzes auch nicht dem Bestimmtheitsgebot des Artikels 80 Abs. 1 GG. Soweit über die im SGB V (§§ 274 bis 282) vorgesehenen Finanzausgleiche hinaus weitere Belastungsausgleiche erforderlich sind, bleibt dies einer gesetzlichen Regelung im Rahmen eines gesonderten Gesetzes zur Reform der Kassenstruktur und Erhaltung der Kassenvielfalt vorbehalten.

Zu Artikel 24 – Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben)

Zu Nummer 1

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu § 20 SGB V, der die Aufgaben der Gesundheitsförderung den einzelnen Krankenkassen überträgt. Diese sind dabei jedoch zu enger Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Stellen sowie mit Ärzten verpflichtet (§ 4 Abs. 3 und § 20 Abs. 3 SGB V).

Zu Nummer 2

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu den §§ 283 ff. SGB V über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Nummer 3

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu Artikel 23 Nr. 4.

Zu Nummer 4

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung. Die Nichtgeltung der Vorschrift in einem Teilgebiet von Baden-Württemberg bleibt unberührt (Artikel 125 Nr. 2 GG in Verbindung mit § 23 Abs. 8 Buchstabe b des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes vom 6. Juli 1949, Regierungsblatt für das Land Württemberg-Hohenzollern S. 319).

Zu Artikel 25 – Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin**Zu Nummer 1**

Die Sonderregelung ist nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 2

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu den §§ 283ff. SGB V über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2). Nach § 18 des Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetzes Berlin ist die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin bisher Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenkassen. Auch im Land Berlin soll ein von den Krankenkassen der in § 286 Abs. 2 SGB V genannten Kassenarten gemeinsam getragener Medizinischer Dienst errichtet werden.

Zu Artikel 26 – Sozialversicherungsangleichungsgesetz Saar**Zu Nummer 1 (§ 1)**

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 4)

§ 4 wird mit dem Inkrafttreten des SGB V am 1. Januar 1989 gegenstandslos.

Zu Artikel 27 – Selbstverwaltungsgesetz

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Streichung des § 225 a RVO durch Artikel 5 Nr. 1. Das Verfahren bei Errichtung einer Krankenkasse ist nunmehr für jede Kassenart gesondert in den §§ 152ff. SGB V geregelt.

Zu Artikel 28 – Siebentes Gesetz zur Änderung des Selbstverwaltungsgesetzes

Die Vorschrift ist gegenstandslos. Ihr Regelungsinhalt ergab sich nach bisherigem Recht bereits aus § 321 Nr. 2 und 3 RVO in Verbindung mit § 33 SGB IV. Künftig ergibt er sich aus § 203 Abs. 1 Nr. 3 und 4 und § 206 Nr. 1 SGB V.

Zu Artikel 29 – Sozialgerichtsgesetz**Zu Nummer 1 (§ 10)**

Die Neufassung des Absatzes 2 beinhaltet eine Folgeänderung zu Nummer 3. Durch die Bezugnahme auf § 51 Abs. 2 Satz 1 wird klargestellt, daß zu den Angelegenheiten des Kassenarztrechts im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes alle Streitigkeiten gehören, die in Angelegenheiten nach dem SGB V aufgrund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände oder aufgrund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten oder Zahnärzten und Krankenkassen entstehen.

Zu Nummer 2 (§ 17)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 3 (§ 51)

Die Vorschrift erfaßt nunmehr ausdrücklich die Rechtsbeziehungen der Ärzte und Zahnärzte zu allen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, da diese Träger abweichend vom bisherigen § 225 RVO nach dem SGB V (siehe z. B. § 4) ausnahmslos unter den Begriff „Krankenkassen“ fallen. Für diese Rechtsbeziehungen wird die Rechtswegzuweisung umfassend geregelt. Gemeinsame Gremien dieser Beteiligten sind die Landes- und Bundesschiedsämter für die kassenärztliche und für die kassenzahnärztliche Versorgung nach § 97 SGB V, die Landes- und Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen und der Zahnärzte und Krankenkassen nach den §§ 98 und 99 SGB V, die Berufungsausschüsse für Ärzte und für Zahnärzte nach § 105 SGB V sowie vertraglich vereinbarte gemeinsame Gremien zur Regelung von Angelegenheiten nach dem SGB V.

Die gemeinsamen Gremien sind Bestandteil der durch Selbstverwaltung und enge Zusammenarbeit geprägten Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nach dem SGB V. Die Entscheidungen der gemeinsamen Gremien stehen in einem so engen Zusammenhang mit den im SGB V bestimmten Rechten und Pflichten der in diesen Gremien vertretenen Beteiligten, daß Streitigkeiten aufgrund von Entscheidungen dieser Gremien, auch soweit dadurch Dritte mitbetroffen werden, im selben Rechtsweg zu entscheiden sind wie andere Streitigkeiten, die auf-

grund der Rechtsbeziehungen zwischen diesen Beteiligten nach dem SGB V entstehen.

Für die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und – bei dreiseitigen Verträgen und Empfehlungen – Kassenärzten berücksichtigt die Neufassung inhaltlich die ebenso umfassende Rechtswegzuweisung des bisherigen § 374 Abs. 5 RVO, die schon bislang auch Streitigkeiten zwischen Vereinigungen und Verbänden dieser Beteiligten sowie Streitigkeiten aufgrund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien dieser Beteiligten erfaßte. Gemeinsame Gremien dieser Beteiligten sind die Landesschiedsstelle nach § 122 und § 123 Abs. 3 SGB V sowie vertraglich vereinbarte gemeinsame Gremien zur Regelung von Angelegenheiten nach dem SGB V.

Die Vorschrift bezieht auch die Streitigkeiten aufgrund von Entscheidungen des Großgeräteausschusses nach § 131 Abs. 3 SGB V in die Rechtswegzuweisung ein, weil in diesem Gremium u. a. Krankenhäuser, Krankenkassen und Kassenärzte vertreten sind und durch seine Entscheidungen die Rechtsbeziehungen zwischen diesen Beteiligten im Vollzug des SGB V ebenfalls unmittelbar betroffen werden.

Zu Nummer 4 (§ 70)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 3. Die Vorschrift erstreckt sich auf alle Gremien, die von § 51 Abs. 2 Satz 1 in der Fassung der Nummer 3 erfaßt werden.

Zu Nummer 5 (§ 97)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Der Klammerzusatz ist entbehrlich. Deshalb besteht auch kein Anlaß, die Verweisung auf die nicht mehr geltenden Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes und auf § 414 d RVO durch eine Verweisung auf die entsprechenden Vorschriften des SGB IV und des SGB V zu ersetzen.

Zu Artikel 30 – Bundesausbildungsförderungsgesetz

Der Artikel geht vom Bundesausbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch den Entwurf eines Elften Gesetzes zur Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (Bundestags-Drucksache 11/1315 vom 24. November 1987) vorgesehen sind.

Der neu gefaßte § 13 Abs. 2 a enthält redaktionelle Anpassungen an die neuen, vom bisher geltenden Recht

teilweise abweichenden Vorschriften über die Krankenversicherungspflicht von Studenten und Praktikanten im SGB V.

Zu Artikel 31 – Arbeitsförderungsgesetz

Der Artikel geht vom Arbeitsförderungsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch Artikel 5 des Entwurfs eines Gesetzes zur Einordnung der Vorschriften über die Meldepflichten des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung sowie im Arbeitsförderungsrecht und über den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Bundesrats-Drucksache 120/88 vom 18. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 (§ 59)

Zu Buchstabe a

Die Bezeichnungen werden an die entsprechenden Bezeichnungen in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Verweisungen werden an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 2 (§ 59e)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 65)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 169 (siehe zu Nummer 22) und zur Einfügung der §§ 169 a bis c (siehe zu Nummer 23).

Zu Buchstabe b

Die Übergangsvorschrift hat infolge Zeitablaufs keine Bedeutung mehr.

Zu Nummer 4 und 5 (§§ 68 und 86)

Die Änderungen stellen sicher, daß Tage im Bemessungszeitraum, an denen ein Arbeitnehmer mit Leistungslohn zu einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach § 82 SGB V beschäftigt war, für die Arbeitsstunde aber rechnerisch ein niedrigeres Arbeitsentgelt als bei voller Arbeitsfähigkeit erhalten hat, die Höhe des Kurzarbeitergeldes bzw. des Schlechtwettergeldes nicht mindern. Siehe im übrigen die Begründung zu Nummer 12 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 6 (§ 102)

Die Ergänzung dient dem sozialen Schutz der betroffenen Arbeitnehmer. Sie stellt sicher, daß eine Beschäftigung nicht deshalb beitragsfrei wird, weil der Arbeitnehmer wegen Arbeitsunfähigkeit gezwungen ist, seine bisherige Arbeitszeit vorübergehend auf weniger als 18 Stunden wöchentlich herabzusetzen.

*Zu Nummer 7 (§ 103)**Zu Buchstabe a*

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 169c Nr. 1 (siehe zu Nummer 23) an.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Aufhebung einer Vorschrift, die wegen des Erlasses der Zumutbarkeits-Anordnung vom 16. März 1982 (Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit S. 523) keine Bedeutung mehr hat.

Zu Nummer 8 (§ 103 a)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 169b (siehe zu Nummer 23) an.

*Zu Nummer 9 (§ 105 b)**Zu Buchstabe a*

§ 105b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 stellt klar, daß das Arbeitslosengeld auch bei stationärer Behandlung ohne Arbeitsunfähigkeit fortgezahlt wird. Im übrigen entspricht die neugefaßte Vorschrift dem geltenden Recht.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V.

Zu Buchstabe c

Die Übergangsvorschrift hat infolge Zeitablaufs keine Bedeutung mehr.

Zu Nummer 10 (§ 105 c)

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 169b Nr. 2 (siehe zu Nummer 23) an.

Zu Nummer 11 (§ 111)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 250 SGB V.

*Zu Nummer 12 (§ 112)**Zu Buchstabe a**Zu Doppelbuchstabe aa*

Die Vorschrift stellt sicher, daß Tage, an denen ein Arbeitnehmer zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben beschäftigt war, für die Arbeitsstunde aber ein niedrigeres Arbeitsentgelt als bei voller Arbeitsfähigkeit erhalten hat, die Höhe des Arbeitslosengeldes nicht mindern. Ist während der Zeit einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben lediglich die Arbeitszeit vermindert, ergeben sich keine nachteiligen Auswirkungen auf die Bemessung des Arbeitslosengeldes. Eine besondere Regelung für diesen Fall ist daher nicht erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt klar, daß Zeiten einer Beschäftigung zur Berufsausbildung auch bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts im Durchschnitt des erweiterten Bemessungszeitraums außer Betracht bleiben.

Zu Buchstabe b

Die Änderung paßt die Vorschrift redaktionell an § 112 Abs. 1 in der Fassung des Gesetzes vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2602) an.

Zu Nummer 13 (§ 117)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 112 Abs. 2 durch Nummer 12 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 14 (§ 155)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 3 enthält eine klarstellende Regelung über Beginn und Ende der Mitgliedschaft der Empfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die Einfügung des neuen Absatzes 3 durch Buchstabe a sowie eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V.

Zu Nummer 15 (§ 156)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 19 Abs. 2 SGB V.

Zu Nummer 16 (§ 157)

Die Neufassung der Absätze 2 und 3 sowie die Änderung in Absatz 4 beinhalten redaktionelle Anpassungen an die genannten Vorschriften des SGB V.

Zu Nummer 17 (§ 159)

Der Verzicht auf die örtliche Zuständigkeit der für die Krankenversicherung der Arbeitslosen zuständigen Krankenkasse und der Wegfall des Wahlrechts der Versicherten sollen eine angemessenere Verteilung der Arbeitslosen auf alle Kassenarten im Sinne des § 4 SGB V bewirken.

Zu Nummer 18 bis 20 (§§ 160, 163 und 164)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an die entsprechenden Vorschriften des SGB V.

Zu Nummer 21 (§ 168)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Neufassung des § 169 (siehe zu Nummer 22) und zur Einfügung der §§ 169 a bis 169 c (siehe zu Nummer 23).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung entspricht dem geltenden Recht (§ 168 Abs. 3 AFG).

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift über die Beitragspflicht der Wehr- und Zivildienstleistenden entspricht dem geltenden Recht. Sie ist jedoch im Interesse der Rechtssicherheit neu gefaßt worden.

Nach geltendem Recht sind Wehr- und Zivildienstleistende beitragspflichtig nach dem Arbeitsförderungsgesetz und damit für den Fall der Arbeitslosigkeit geschützt, wenn sie vor ihrer Einberufung zum Kreis der durch die Sozialversicherung geschützten Arbeitnehmer gehört haben. Wer als Schüler oder Student einberufen wird, ist nicht beitragspflichtig. Die Neufassung konkretisiert diesen Grundsatz lediglich umfassender als das geltende Recht: Beitragspflichtig ist — wie bisher — der Wehr- oder Zivildienstleistende, der unmittelbar vor Dienstantritt in einer mehr als geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV gestanden oder eine derartige Beschäftigung gesucht hat, sofern er nicht seinem Erscheinungsbild nach Schüler oder Student ist.

Ein Wehr- oder Zivildienstleistender ist seinem Erscheinungsbild nach Schüler oder Student, wenn er während der Beschäftigung oder während der Arbeitsuche die Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit als Schüler oder Student erfüllte (Satz 1).

Das gleiche gilt, wenn der Wehr- oder Zivildienstleistende erst in den letzten zwei Monaten vor Beginn des Dienstes die Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule beendet oder eine solche Ausbildung oder eine berufsbezogene Ausbildung unterbrochen hat und danach keine mehr als geringfügige Beschäftigung ausgeübt hat, sofern er nicht vor Beginn der Ausbildung mindestens ein Jahr (360 Kalendertage) beitragspflichtig beschäftigt war (Satz 2).

Die Regelung des Satzes 3 dient der Klarstellung: Beitragspflichtig sind auch Wehr- und Zivildienstleistende, die unmittelbar vor Dienstantritt Anspruch auf eine Lohnersatzleistung — wie z. B. Krankengeld — hatten, wenn diese Lohnersatzleistung auf einer Beschäftigung beruht, die die Beitragspflicht als Wehr- oder Zivildienstleistender begründen kann.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift ist aus systematischen Gründen dem § 168 Abs. 1 als Satz 3 angefügt worden.

Zu Buchstabe d

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Neufassung des § 169 (siehe zu Nummer 22) und zur Einfügung der §§ 169 a bis 169 c (siehe zu Nummer 23).

Zu Nummer 22 (§ 169)

Die Regelung entspricht grundsätzlich dem geltenden Recht (§ 169 Nr. 1) und paßt es redaktionell an die Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Zu Nummer 23 (§§ 169 a bis 169 c)

§ 169 a Abs. 1 entspricht § 169 Nr. 6 AFG.

§ 169 a Abs. 2 entspricht in geänderter Fassung § 169 Nr. 1 AFG in Verbindung mit § 168 RVO. Die Regelung berücksichtigt, daß § 168 RVO im Bereich des Arbeitsförderungsgesetzes nur für die Beitragsfreiheit von geringfügigen Beschäftigten nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGBIV Bedeutung hat. Die Beitragsfreiheit geringfügiger Beschäftigten nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGBIV hat wegen der Beitragsfreiheit kurzzeitiger Beschäftigten nach Absatz 1 keine Bedeutung.

§ 169 b Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 entspricht in redaktionell geänderter Fassung § 169 Nr. 5 AFG.

Satz 1 Nr. 2 entspricht in redaktionell geänderter Fassung der Regelung des § 169 Nr. 1 AFG in Verbindung mit § 172 Abs. 1 Nr. 5 RVO, nach der Fachschüler und Studenten, die während ihrer Ausbildung eine Beschäftigung ausüben, ihrem Erscheinungsbild nach aber Schüler oder Studenten sind, beitragsfrei nach dem Arbeitsförderungsgesetz sind. Damit sind die vom Bundessozialgericht zur Kranken- und Rentenversicherungsfreiheit wie auch zur Beitragsfreiheit dieses Personenkreises entwickelten Grundsätze weiterhin uneingeschränkt maßgebend (vgl. insbesondere BSGE Bd. 50 S. 25).

§ 169 c entspricht in geänderter Fassung dem geltenden Recht.

Nummer 1 entspricht in geänderter Fassung § 169 Nr. 2 AFG.

Nummer 2 entspricht § 169 Nr. 3 AFG.

Nummer 3 entspricht in geänderter Fassung § 169 Nr. 4 AFG.

Nummer 4 entspricht § 169 Nr. 7 AFG.

Nummer 5 entspricht § 169 Nr. 8 AFG.

Nummer 6 entspricht in geänderter Fassung § 169 Nr. 9 AFG.

Zu Nummer 24 (§ 175)

Die Regelungen über die Bemessungsgrundlagen für den Beitrag zur Bundesanstalt für Arbeit sind im Interesse der Rechtsklarheit vereinfacht und redaktionell überarbeitet worden. Inhaltlich entsprechen die Regelungen dem geltenden Recht.

Zu Nummer 25 (§ 179)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Vereinheitlichung der Vorschriften über die Tragung und Zahlung der Beiträge für sämtliche Krankenkassen durch das SGB V (§ 4 Abs. 2 und §§ 258 bis 265).

Zu Nummer 26 (§ 237)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zur Streichung des § 103 Abs. 6 (Nummer 7 Buchstabe b) und zur Änderung des § 175 (Nummer 24).

Zu Artikel 32 – Vorruhestandsgesetz

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Artikel 33 – Arbeitssicherstellungsgesetz*Zu Absatz 1**Zu Nummer 1 (§ 16)*

Die Verweisung auf § 172 Abs. 1 Nr. 3 RVO wird an § 6 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 2 (§§ 16 und 17)

Die Bezeichnung „Kranken- oder Hausgeld“ wird an die einheitliche Bezeichnung „Krankengeld“ in den §§ 43 bis 50 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 3 (§ 19)

Die Vorschrift wird an die zu Nummer 1 und 2 genannten Vorschriften sowie an den Wegfall der bisherigen Regelung der RVO zum Sterbegeld angepaßt.

Zu Absatz 2

Die Regelung folgt daraus, daß das Arbeitssicherstellungsgesetz im Land Berlin nicht gilt.

Zu Artikel 34 – Bundeserziehungsgeldgesetz

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V.

Zu Artikel 35 – Bundesversorgungsgesetz

Die Reform und Neuordnung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist Anlaß auch für Änderungen im Bundesversorgungsgesetz (BVG). Das Recht der Heil- und Krankenbehandlung nach dem

BVG verweist von jeher für den Großteil der Leistungen auf das Leistungsrecht der Krankenkassen.

Die Änderungen im BVG folgen zwei Leitlinien:

- Aus entschädigungsrechtlichen Gründen ist der Leistungsumfang der Heil- und Krankenbehandlung der Versorgungsberechtigten aufrechtzuerhalten.
- Leistungsverbesserungen sollen auch den Versorgungsberechtigten einschließlich der Angehörigen und Hinterbliebenen zugute kommen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehören.

Der Artikel geht vom Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Änderungen aus, die durch den Entwurf eines Gesetzes über die siebzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Bundestags-Drucksache 11/2042 vom 23. März 1988) vorgesehen sind.

Zu Nummer 1 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen in § 10 Abs. 6 werden für Heil- und Krankenbehandlungsberechtigte die für die Krankenversicherten vorgesehenen medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 1 SGB V) übernommen. Vorsorgemaßnahmen im Rahmen einer Kur (§ 23 Abs. 2 und 4 und § 24 SGB V) sind in § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 und 4 geregelt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die neue Bezeichnung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 soll den bisherigen Leistungsumfang bei der Versorgung mit Brillen und Kontaktlinsen gewährleisten.

Mit der Neufassung der Nummer 6 wird stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen in den Katalog des Satzes 1 ausdrücklich aufgenommen; die neue Formulierung umfaßt auch die bisher besonders genannte Leistung Heilstättenbehandlung. Die neue Leistung ermöglicht in entsprechenden Fällen eine stationäre Behandlung, die im Vergleich zu einer sonst notwendigen Behandlung im Akutkrankenhaus oder deren Verlängerung gezielter angesetzt und zugleich kostengünstig durchgeführt werden kann.

Die Neufassung der Nummer 8 ist eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (z. B. § 27 Satz 2 Nr. 3 und § 33).

Die bisherigen Sätze 2 bis 5 sind entbehrlich geworden, weil der neue Satz 2 gesetzestechnisch die Ver-

weisung auf das Leistungsrecht der Krankenkasse klarer und vollständiger faßt. Satz 3 macht deutlich, daß heilbehandlungsberechtigte Beschädigte Anspruch auf die volle Sachleistung haben, wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Zu Buchstabe b

Die Möglichkeit der stationären Behandlung in einer Kureinrichtung nach Absatz 2 soll allen Beschädigten im bisherigen Umfang erhalten bleiben. Damit dies ohne Einschränkung auch für krankenversicherte Beschädigte gilt, denen nach dem SGB V zugleich ein entsprechender Versicherungsanspruch zustehen kann, ist insoweit eine Einschränkung der Ausschlussklausel des § 10 Abs. 7 Buchstabe d erforderlich.

Zu Buchstabe c

Die Änderung in Absatz 3 ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 8 (siehe Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

Zu Buchstabe d

Mit der Neufassung des Absatzes 4 werden die neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auch in das Leistungsrecht des BVG eingeführt. Das ist unter anderem wichtig für die Schwerbeschädigten, die nicht krankenversichert sind; sie sollen damit bei Pflegebedürftigkeit im Alter die gleichen Leistungen wie die in der Krankenversicherung versicherten Schwerbeschädigten erhalten. Die Vorschriften für die Krankenkasse gelten für die neue Leistung ebenso wie schon bisher für die Haushaltshilfe. Siehe auch die Änderungen zu Nummer 12 und 18 (§§ 19 und 35).

Zu Nummer 3 (§ 12)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des § 12 Abs. 1 soll klarstellen, daß den Krankenbehandlungsberechtigten die gleichen Leistungen zur Rehabilitation zustehen wie den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten — einschließlich Rehabilitationssport und Maßnahmen im Rahmen einer Rehabilitationskur.

Zu Buchstabe b und d

Die Ergänzung des Absatzes 3 und die Einfügung des Absatzes 5 ersetzen im Ergebnis unverändert den bisherigen Absatz 4 (Haushaltshilfe). Zugleich umfaßt die Verweisung in Absatz 5 auf § 11 Abs. 4 auch die neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit; diese dürfen den nach dem BVG Krankenbehandlungsberechtigten, die nicht krankenversichert sind, nicht vorenthalten werden.

Zu Buchstabe c

Die Neufassung des Absatzes 4 ermöglicht Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur auch für Krankenbehandlungsberechtigte. Damit wird eine Benachteiligung der Angehörigen von Schwerbeschädigten und der versorgungsberechtigten Hinterbliebenen beseitigt, die von der Krankenkasse nur aufgrund des BVG Leistungen erhalten (sogenannte Zugeteilte) und deshalb bisher keinerlei Anspruch auf Kuren hatten.

Zu Buchstabe e

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu Buchstabe d.

Zu Nummer 4 (§ 13)

Die Neufassung ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 (siehe Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

Zu Nummer 5 und 6 (§§ 16a und 16b)

Die Bezeichnungen werden an die entsprechenden Bezeichnungen in § 46 SGB V angepaßt.

*Zu Nummer 7 (§ 16f)**Zu Buchstabe a*

Die Bezeichnung wird an die entsprechende Bezeichnung in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

*Zu Nummer 8 (§ 18)**Zu Buchstabe a*

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Durch die Verweisungen in § 11 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 ist die Vorschrift entbehrlich geworden.

Zu Nummer 9 (§ 18a)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V (siehe zu Nummer 8 Buchstabe a).

Zu Nummer 10 (§ 18b)

Der neue Absatz 2 ist eine Parallelregelung zu § 15 Abs. 2 SGB V.

*Zu Nummer 11 (§ 18c)**Zu Buchstabe a**Zu Doppelbuchstabe aa*

Die Änderungen in Absatz 1 Satz 2 sind Folgeänderungen zu den Änderungen der §§ 11 und 18 (siehe Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Nummer 8). Durch den Hinweis auf § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 wird klargestellt, daß Badekuren nach anderen Vorschriften des BVG von der Krankenkasse erbracht werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (siehe zu Nummer 8 Buchstabe a).

*Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa*

In Übereinstimmung mit § 2 Abs. 2 SGB V wird in Absatz 5 das Sachleistungsprinzip, das schon nach bisherigem Recht für die Heil- und Krankenbehandlung nach dem BVG galt, jetzt ausdrücklich festgeschrieben. Dadurch werden auch Zweifel daran vermieden, daß bei schädigungsbedingten Leistungen für Versicherte Zuzahlungen grundsätzlich nicht in Frage kommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung enthält eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung durch Doppelbuchstabe aa sowie eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (siehe zu Nummer 8 Buchstabe a).

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung des Absatzes 6 war nötig, um klarzustellen, daß der andere Träger auch dann nach Satz 2 erstattungspflichtig ist, wenn er sonst eine Sachleistung für den gleichen Leistungszweck erbracht hätte.

*Zu Nummer 12 (§ 19)**Zu Buchstabe a*

Die Neufassung des § 19 Abs. 1 Satz 1 folgt aus der Neufassung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 6 (siehe Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (siehe zu Nummer 8 Buchstabe a).

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 3 wird die Erstattung der Aufwendungen für die neu eingeführten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geregelt. Diese pauschalierende Regelung vermeidet mögliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenkasse und Verwaltungsbehörde darüber, wieweit die Leistungen im Einzelfall durch anerkannte Schädigungsfolgen bedingt sind.

Mit der Klarstellung im neuen Absatz 4 werden Konsequenzen aus der Rechtsprechung gezogen; schädigungsbedingte Aufwendungen sollen grundsätzlich nicht von der Krankenkasse getragen werden.

Zu Buchstabe d und e

Die Änderungen sind Folgeänderungen, mit denen kargestellt wird, daß die Regelung des neuen Absatzes 5 (bisher Absatz 3, Erstattung bei Heilbehandlung vor der Anerkennung der Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge) auch für Erstattungen nach den neuen Absätzen 3 und 4 gilt.

Zu Nummer 13 (§ 21)

Die Streichung ist eine Anpassung an die Rechtsentwicklung.

*Zu Nummer 14 (§ 24 a)**Zu Buchstabe a*

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 (siehe Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa).

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (siehe zu Nummer 8 Buchstabe a).

Zu Nummer 15 (§ 26 a)

Die Bezeichnungen werden an die entsprechenden Bezeichnungen in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 16 (§ 26 c)

Entsprechend der Ergänzung des § 69 Abs. 5 Satz 2 des Bundessozialhilfegesetzes (siehe Artikel 40 Nr. 4) soll beim Zusammentreffen von Pflegegeld nach dem Recht der Kriegsofopferfürsorge mit Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach den §§ 52 bis 55 SGB V das Pflegegeld gekürzt werden können. Siehe im übrigen die Begründung zu Artikel 40 Nr. 4. Bei Zahlung von Geldleistungen im Sinne des § 56 SGB V gilt § 26 c Abs. 5 Satz 3.

Zu Nummer 17 (§ 33)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 35 (siehe zu Nummer 18).

*Zu Nummer 18 (§ 35)**Zu Buchstabe a*

Die Änderungen des § 35 Abs. 3 sind Folgeänderungen. Die Änderung in Satz 1 entspricht der Änderung in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 (siehe Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa). Der neugefaßte Satz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung des Absatzes 4 sollen Doppelleistungen vermieden werden. Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, daß auch schädigungsunabhängige Gesundheitsstörungen, die den Zustand der Hilflosigkeit verändern, bei der Festsetzung der Höhe der Pflegezulage nach § 35 berücksichtigt werden. Beruht die Hilflosigkeit jedoch überwiegend auf schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen, wird ausnahmsweise nicht angerechnet.

Zu Artikel 36 – Bundesvertriebenengesetz**Zu Nummer 1 (§ 70)**

Die Vorschrift ist aufgrund der Weiterentwicklung des Kassenarztrechts gegenstandslos geworden.

Zu Nummer 2 (§ 90b)

Für Aussiedler, Übersiedler aus der DDR und ehemalige politische Häftlinge, die zum Zeitpunkt ihres Eintreffens im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin erkrankt sind oder kurze Zeit danach erkranken, fehlt es an einer selbständigen Rechtsgrundlage für die aus diesem Anlaß notwendige Krankenhilfe. Die Hilfe wird bisher aufgrund des Artikels 8 Nr. 2 des Gesetzes über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung (KVMG) und § 9 des Häftlingshilfegesetzes (HHG) durch entsprechende Anwendung der Vorschriften für Heimkehrer nach dem Heimkehrergesetz (HkG) gewährt. Bei Anwendung dieser im Jahre 1950 für einen Personenkreis mit anderem Schicksal erlassenen Vorschriften hat sich gezeigt, daß es notwendig ist, für die Hilfen an jetzt aus der DDR und den osteuropäischen Ländern zu uns kommende Personen in einer zeitgemäßen Rechtsgrundlage Regelungen zu treffen, die der Lage dieser Personen besser gerecht werden. Zu den Folgeänderungen im Gesetz über die Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung, im Heimkehrergesetz und im Häftlingsgesetz siehe die Artikel 12, 37 und 38.

Zu Absatz 1

Aussiedler, Übersiedler aus der DDR und ehemalige politische Häftlinge erhalten folgende Leistungen:

- Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (§§ 21 bis 23, 25 und 26 SGB V),
- Leistungen bei Krankheit (§§ 27 bis 51 SGB V),
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 57 bis 62 und 64 SGB V),
- Leistungen zur Empfängnisregelung und bei Abbruch der Schwangerschaft (§§ 65 bis 67 SGB V),
- Übernahme der Fahrkosten (§ 68 SGB V),
- Sterbegeld (Artikel 56).

Dabei handelt es sich um Leistungen, die den berechtigten Personenkreisen bisher in entsprechender Anwendung des § 23 HkG aufgrund der Reichsversicherungsordnung mit den darin bestimmten anderen Bezeichnungen gewährt werden.

Die Leistungen sollen nur solche Personen erhalten, die die in Satz 1 genannten Gebiete in der Absicht verlassen haben, ihren ständigen Aufenthalt im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin zu nehmen. Diese Absicht wird als gegeben unterstellt, wenn die Aufenthaltsnahme im Geltungsbereich des Bundesvertriebenengesetzes innerhalb von zwei Mo-

naten nach dem Verlassen der in Satz 1 genannten Gebiete erfolgt.

Die hauptsächliche Hilfe, die Leistungen bei Krankheit, zu denen auch Zahnersatz gehört, ist zusätzlich davon abhängig, daß die Berechtigten zum Zeitpunkt der Aufenthaltsnahme im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin erkrankt sind oder innerhalb von drei Monaten danach erkranken. Die Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung. Auch hinsichtlich der Frist für die Gewährung der anderen in Absatz 1 genannten Leistungen tritt keine Änderung gegenüber der bisherigen Rechtslage ein.

Näheres über den Nachweis der Zugehörigkeit zu dem berechtigten Personenkreis wird der Bundesminister des Innern regeln.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 werden die Leistungen bei Krankheit auf die ersten 78 Wochen ab der Aufenthaltsnahme im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin beschränkt. Die zeitliche Begrenzung entspricht dem Charakter der Leistung, die eine Starthilfe für die Eingliederung in unser Beschäftigungssystem und das System der sozialen Sicherung darstellt. Die Leistungen sind daher für einen längeren ausreichenden Eingliederungszeitraum vorgesehen. Danach unterscheidet sich die Lage der Berechtigten grundsätzlich nicht mehr von der aller übrigen Einwohner des Bundesgebietes einschließlich des Landes Berlin.

Die Neuregelung des Satzes 2, nach der die Gewährung von Krankengeld und Mutterschaftsgeld künftig davon abhängt, daß die Berechtigten im Herkunftsland in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben, führt zu einer weitgehenden leistungsrechtlichen Gleichstellung mit den ortsansässigen Beschäftigten.

Der besonderen Lage der Berechtigten trägt Satz 2 dadurch Rechnung, daß Krankengeld und Mutterschaftsgeld auch in den Fällen des Absatzes 2 Satz 2 Nr. 2 bis 5 gewährt werden, insbesondere wenn die Berechtigten im Herkunftsland aus von ihnen nach freiheitlich-demokratischer Auffassung nicht zu vertretenden Gründen keine Beschäftigung als Arbeitnehmer oder keine Tätigkeit als Selbständiger ausüben durften.

Der Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen regelt sich nach den Vorschriften des Ersten Buches Sozialgesetzbuch. Beim Umfang der Mitwirkungspflichten ist zu berücksichtigen, daß Berechtigte häufig keine Beweismittel bezeichnen oder Beweisurkunden vorlegen können. In diesen Fällen wird die glaubhafte Angabe der für die Leistungen maßgebenden Tatsachen ausreichen.

Die Ansprüche werden nach Satz 3 wie bisher in Fällen ausgeschlossen, in denen ein anderweitiger gesetzlicher Anspruch auf die Hilfen besteht. Eine Ausnahme soll künftig für Personen gelten, die nach § 155 AFG krankenversichert sind, denen aber das Arbeitslosengeld oder die Arbeitslosenhilfe wegen Arbeits-

unfähigkeit vom Beginn an wieder entzogen wurde. Durch die Neuregelung wird vermieden, daß die Krankenversicherung mit Kosten für Personen belastet wird, die bereits bei ihrem Eintreffen im Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin krank waren.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift bemißt die Geldleistungen für alle Berechtigten nach einer einheitlichen Bezugsgröße, und zwar nach 70 % des gemäß § 18 SGB IV aufgerundeten durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten ohne Auszubildende im vorvergangenen Kalenderjahr. Damit wird nicht nur — entsprechend der für Unterhaltsgeld bei Teilnahme an Deutschsprachlehrgängen getroffenen Regelung (§ 62b Abs. 1 AFG) — die Berechnung der Leistungen vereinfacht. Es entfällt auch die Notwendigkeit, in jedem Einzelfall festzustellen, welches Arbeitsentgelt die Berechtigten nach ihrem Lebensalter und ihrer Leistungsfähigkeit unter billiger Berücksichtigung ihres Berufes und ihrer Ausbildung nach Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes erzielen könnten. Das ermöglicht es, die Leistung den Berechtigten rasch zukommen zu lassen.

Die Höhe der Geldleistungen richtet sich nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Daher darf das Krankengeld nicht den Betrag übersteigen, den die Berechtigten aufgrund ihres Arbeitsentgelts in Höhe von 70 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV als Nettoarbeitsentgelt erhalten würden.

Zu Absatz 4 und 5

Die Regelungen entsprechen der bisherigen Rechtslage. Zusätzlich wird klargestellt, daß das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch anzuwenden sind. Die bisher bestehende Sonderregelung für Zahnersatz entfällt.

Zu Absatz 6

Die Bestimmung gibt den Krankenkassen einen Anspruch auf Kostenerstattung aus Bundesmitteln. Hinsichtlich der Verwaltungskosten werden die bisher für die Leistungsgewährung an ehemalige politische Häftlinge geltenden Vorschriften auf die Leistungsgewährung an Aussiedler und Übersiedler aus der DDR ausgedehnt.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift bestimmt denselben Rechtsweg, der nach § 51 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes auch für Streitigkeiten zwischen Versicherten und ihrer Kran-

kenkasse über die Anwendung der Vorschriften gilt, auf die Absatz 1 hinsichtlich Art und Umfang des Leistungsanspruchs verweist.

Zu Artikel 37 — Heimkehrergesetz

Zu Nummer 1 (§ 7b)

Die Vorschrift ist aufgrund der Weiterentwicklung des Kassenarztrechts gegenstandslos geworden.

Zu Nummer 2 (Abschnitt VI)

Die jetzt noch eintreffenden Heimkehrer gehören alle auch zum Personenkreis der Aussiedler, denen Hilfe im Falle der Erkrankung nach der neuen Vorschrift des § 90b des Bundesvertriebenengesetzes — BVFG — (siehe Artikel 36 Nr. 2) gewährt wird. Abschnitt VI des Heimkehrergesetzes ist daher entbehrlich.

Zu Nummer 3 (§ 28c)

Es handelt sich um eine Übergangsvorschrift zur Abwicklung der Fälle, in denen Ansprüche nach dem bisherigen Abschnitt VI vor dem Inkrafttreten des § 90b BVFG entstanden sind. Die Befristung entspricht der zeitlichen Leistungsbegrenzung nach § 90b Abs. 2 Satz 1 BVFG.

Zu Artikel 38 — Häftlingsgesetz

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Ergänzung des Bundesvertriebenengesetzes um § 90b (siehe Artikel 36 Nr. 2).

Zu Artikel 39 — Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation

Zu Nummer 1 (§ 13)

Zu Buchstabe a

Die Bezeichnungen werden an die entsprechenden Bezeichnungen in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Verweisungen werden an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 2 (§ 16)

Die Bezeichnung wird an die entsprechende Bezeichnung in § 46 SGB V angepaßt.

Zu Nummer 3 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 244 Abs. 4 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 42 a)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Artikel 40 – Bundessozialhilfegesetz**Zu Nummer 1 (§ 13)**

Die Neufassung beinhaltet eine redaktionelle Anpassung an die genannten Vorschriften des SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 36)

Die Verstärkung der präventiven Maßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird unter Angleichung an den Sprachgebrauch des SGB V in das Leistungsrecht der Sozialhilfe übernommen. Nichtversicherte können bei Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe in besonderen Lebenslagen künftig auch im Rahmen der Sozialhilfe regelmäßig Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie Untersuchungen zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend den §§ 20 bis 26 SGB V in Anspruch nehmen.

Zu Nummer 3 (§ 37 a)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 4 (§ 69)

Für die in § 69 Abs. 5 Satz 2 vorgesehene Möglichkeit, das Pflegegeld bei gesonderter Kostenübernahme für einzelne Leistungen der Pflege zu kürzen, kann es nicht darauf ankommen, welcher öffentliche Kostenträger diese Leistungen erbringt. Insbesondere muß eine – in das pflichtgemäße Ermessen des Trägers der Sozialhilfe gestellte – Kürzungsmöglichkeit für den Fall der Gewährung von Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 52 bis 55 SGB V bestehen. Bei Zahlung einer Geldleistung im Sinne des § 56 SGB V gilt § 69 Abs. 3 Satz 3 BSHG.

Zu Artikel 41 – Soldatenversorgungsgesetz**Zu Absatz 1**

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die neue Bezeichnung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zu Absatz 2

Die Regelung folgt daraus, daß das Soldatenversorgungsgesetz im Land Berlin nicht gilt.

Zu Artikel 42 – Zivildienstgesetz**Zu Absatz 1**

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an die neue Bezeichnung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zu Absatz 2

Die Regelung folgt daraus, daß das Zivildienstgesetz im Land Berlin nicht gilt.

Zu Artikel 43 – Bundesärzteordnung**und
zu Artikel 44 – Viertes Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung**

Durch das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung ist als weiterer Teil der ärztlichen Ausbildung die Tätigkeit als Arzt im Praktikum eingeführt worden, die nach dem Medizinstudium abzuleisten ist. Sie ist erstmals von den Absolventen des Medizinstudiums abzuleisten, die im zweiten Halbjahr 1988 die Ärztliche Prüfung bestehen (siehe Artikel 2 § 1 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 14. März 1985 (BGBl. I S. 555), geändert durch Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Änderung des Artikels 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und zur Änderung der Bundesärzteordnung, des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde und der Reichsversicherungsordnung vom 27. Januar 1987 (BGBl. I S. 481).

Nach geltendem Recht dauert die Tätigkeit als Arzt im Praktikum zwei Jahre, für Absolventen des Medizinstudiums, die bis zum 31. Dezember 1992 die Ärztliche Prüfung bestehen, 18 Monate (siehe § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung und Artikel 2 § 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung, geändert durch Artikel 1 Nr. 2 des vorgenannten Gesetzes vom 27. Januar 1987). Im Hinblick auf die Beibehaltung einer einjährigen Vorbereitungszeit für die Zulassung als Kassenarzt wird als Dauerlösung vorgesehen, daß die Tätigkeit als Arzt im Praktikum 18 Monate dauert. In der Zulassungsverordnung für Kassenärzte wird geregelt, inwieweit eine Anrechnung von Zeiten als Arzt im Praktikum auf die kassenärztliche Vorbereitungszeit erfolgt.

Zu Artikel 45 — Approbationsordnung für Ärzte und
zu Artikel 46 — Fünfte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Es handelt sich um Folgeänderungen, die den Änderungen der Bundesärzteordnung (siehe Artikel 43) und des Artikels 2 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung (siehe Artikel 44) Rechnung tragen.

Zu Artikel 47 — Zweites Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern

Zu Nummer 1 (Artikel VIII § 1 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (siehe Artikel 7).

Zu Nummer 2 (Artikel VIII § 1 Abs. 3)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum SGB V. Der Personenkreis, der bisher nach dem Zweiten Buch der RVO unter den Begriff „Versicherte“ fiel, fällt nach dem SGB V unter den Begriff „Mitglieder“, weil nach § 10 SGB V auch Familienangehörige abweichend vom bisherigen § 205 RVO Versicherte sind.

Zu Artikel 48 — Strafvollzugsgesetz

Die Vorschriften über die Gesundheitsfürsorge im Strafvollzug beruhen auf den Vorschriften zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden durch Artikel 48 an die neuen, vom bisher geltenden Recht der Reichsversicherungsordnung teilweise abweichenden Vorschriften des SGB V angepaßt. Neu eingefügt in die Vorschriften über die Gesundheitsfürsorge wird die Regelung des § 62 a (siehe zu Nummer 5). Sie steht in Zusammenhang mit der Einbeziehung der Gefangenen in einem freien Beschäftigungsverhältnis (§ 39 Abs. 2) in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Zu Nummer 1 (§§ 57 bis 59)

Die Neufassung des § 57 enthält eine Anpassung an die Vorschriften der §§ 21 bis 26 SGB V. Mit der Neufassung des § 58 wird die bisherige Regelung an § 27 SGB V angepaßt. Der neu gefaßte § 59 stellt eine Anpassung an § 33 SGB V dar.

Zu Nummer 2 (§ 60)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 27 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 61)

Die Neufassung beinhaltet eine Anpassung an die §§ 28, 30, 33 und 35 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 62)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 30 Abs. 1 SGB V.

Zu Nummer 5 (§ 62 a)

Das Strafvollzugsgesetz ermächtigt die Vollzugsbehörden, den Gefangenen zu gestatten, ein freies Beschäftigungsverhältnis einzugehen. Hiervon wird zunehmend Gebrauch gemacht. Diese Gefangenen führen Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung ab. Sie sollen deshalb auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen können.

Die Einführung des § 62 a ist notwendig, um eine Doppelversorgung dieser Gruppe von Gefangenen auszuschließen.

Zu Nummer 6 (§ 65)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 27 SGB V.

Zu Nummer 7 (§ 76)

Die Änderungen beinhalten eine Anpassung an § 57 SGB V.

Zu Nummer 8 (§ 78)

Die Vorschrift regelt Art, Umfang und Ruhen der Mutterschaftshilfe im Rahmen des Strafvollzugsgesetzes.

Zu Nummer 9 (§ 198)

Aus gesetzesökonomischen Gründen wird davon abgesehen, die mit dem Strafvollzugsgesetz verabschiedeten, aber noch nicht in Kraft gesetzten Änderungen der Reichsversicherungsordnung über die Einbeziehung der Gefangenen in die gesetzliche Krankenversicherung an die in diesem Gesetz vorgenommene Überleitung der meisten Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung in das Sozialgesetzbuch anzupassen.

Die eingefügten Worte sollen klarstellen, daß die durch besonderes Bundesgesetz in Kraft zu setzenden Vorschriften, insbesondere die Vorschriften des § 190 Nr. 1 bis 10 und 13 bis 18 sowie der §§ 191 bis 193 bei ihrer Inkraftsetzung zuvor an die geänderten Vorschriften angepaßt werden müssen.

Zu Artikel 49 – Mutterschutzgesetz

Die Änderungen der §§ 11 bis 14, 16 und 24 sowie die Neufassung des § 15 beinhalten redaktionelle Folgeänderungen zum SGB V und zum neuen Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (siehe Artikel 7). Verweisungen und Bezeichnungen werden angepaßt.

Zu Artikel 50 – Seemannsgesetz

Die Änderungen sind redaktionelle Folgeänderungen. Sie führen zu keiner Änderung des bisherigen Rechtszustandes, insbesondere auch nicht im Verhältnis zwischen den Krankenfürsorgepflichtigen des Reeders und den Verpflichtungen der Krankenkasse.

Zu Nummer 1 (§ 44)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an § 27 SGB V und den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 45)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung an das SGB V (siehe z. B. § 36).

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist eine Folgeänderung zum Wegfall des § 184 Abs. 3 RVO a. F. durch eine Neufassung des § 184 RVO, die am 1. Januar 1974 in Kraft getreten war (siehe § 1 Nr. 1 und § 5 Satz 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 1973, BGBl. I S. 1925).

Zu Buchstabe c

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Nummer 3 bis 6 (§§ 46, 47 und 52)

Die Änderungen beinhalten redaktionelle Anpassungen an die Vorschriften des SGB V.

Zu Artikel 51 – Lohnfortzahlungsgesetz

Zu Nummer 1 (§ 1)

Die Verweisung wird an die entsprechende Vorschrift des SGB V angepaßt.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an den einheitlichen Begriff „Krankenkassen“ im SGB V (siehe z. B. § 4) für sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Zu Buchstabe a und c

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an das SGB V (siehe zu Nummer 2).

Zu Buchstabe b

Die nach dem bisherigen Recht vorgesehene Möglichkeit der Befreiung von der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse für versicherungspflichtige Mitglieder einer Ersatzkasse ist durch das nach § 192 Abs. 1 SGB V eingeführte Wahlrecht gegenstandslos geworden. Die Neufassung knüpft deshalb insoweit an die Ausübung des entsprechenden Wahlrechts an.

Zu Nummer 4 bis 7 (§§ 11 bis 13, 15 und 16)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen an das SGB V (siehe zu Nummer 2).

Zu Artikel 52 – Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die Regelung ist notwendig, um eine „Versteinerung“ der durch dieses Gesetz geänderten Teile von Verordnungen zu vermeiden und in Zukunft wieder ihre Änderung oder Aufhebung durch eine Rechtsverordnung zu ermöglichen.

III. Zum Dritten Teil – Überleitungs- und Schlußvorschriften

Zum Ersten Abschnitt – Überleitungsvorschriften

Zu Artikel 53 – Krankenversicherung der Rentner und der Studenten

Zu Absatz 1

Die einschränkenden Voraussetzungen für die Versicherungspflicht von Rentenantragstellern und Rentenbeziehern sollen nicht zugleich mit dem Inkrafttreten der entsprechenden Vorschriften des SGB V, sondern aus Gründen des Vertrauensschutzes erst vom 1. Januar 1994 an wirksam werden. Bis dahin wird deshalb die bisherige Rechtslage beibehalten.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt sicher, daß Rentner und Rentenantragsteller, die die Voraussetzungen für eine Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner nach neuem Recht nicht mehr erfüllen, bis zur Entscheidung über ihren Rentenantrag nach bisher geltendem Recht versichert bleiben.

Zu Absatz 3

Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherte Rentner können sich von der Versicherungspflicht als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen. Dieses Recht war in bestimmten Fällen durch § 173 a Abs. 1 Satz 2 RVO in der bis zum 31. Dezember 1982 geltenden Fassung ausgeschlossen. Die Streichung dieser Einschränkung vom 1. Januar 1983 an wirkt aber nur für die Fälle, in denen die Versicherungspflicht nach dem 31. Dezember 1982 eintritt. Es besteht ein Bedürfnis, auch den Rentenbeziehern ein Befreiungsrecht zu geben, die als versicherungsfreie Beamte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und allein durch den Bezug einer Rente nur wegen der das Befreiungsrecht einschränkenden Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert geblieben sind. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Beamte, die aus der Rentenversicherung ihres verstorbenen Ehegatten eine Hinterbliebenenrente beziehen. Die Übergangsregelung gibt ihnen Gelegenheit, in einer angemessenen Frist die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen.

Zu Absatz 4

Das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht als Rentner steht nur den selbst bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten zu. In die Versicherung von Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sind auch deren Familienangehörige einbezogen, ohne jedoch selbst „versichert“ zu sein. Diese „mitversicherten“ Angehörigen konnten

sich von der Versicherungspflicht nicht befreien lassen. Durch die bereits seit dem 1. Juli 1978 geltenden Voraussetzungen, die den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner erschwert haben, wird für diesen Personenkreis die Versicherungspflicht als Rentner weitgehend ausgeschlossen. Den Rentenbeziehern, die aufgrund der Rechtslage vor dem 1. Juli 1978 versicherungspflichtig und bei einer der vorgenannten Versicherungen „mitversichert“ sind, soll ein einmaliges und unwiderrufliches Befreiungsrecht gegeben werden.

Zu Absatz 5

Die einschränkenden Voraussetzungen für die Versicherungspflicht der Studenten sollen aus praktischen Gesichtspunkten nicht während des Semesters, sondern erst zu Beginn des neuen Semesters wirksam werden. Die Vorschrift hält deshalb für Studenten, die am 31. Dezember 1988 versicherungspflichtig sind, das bisher geltende Recht bis zum Ende des Wintersemesters 1988/89 aufrecht.

Zu Artikel 54 – Freiwillige Versicherung

Zu Absatz 1

Zu Nummer 1

Vom 1. Januar 1989 an entfällt die Versicherung bestimmter Personen, die nach bisherigem Recht versicherungspflichtig waren (z. B. selbständige Lehrer und Erzieher, freiberuflich tätige Hebammen, in der Krankenpflege selbständig Tätige sowie Hausgewerbetreibende). Sie sollen ihren Versicherungsschutz durch freiwillige Versicherung aufrecht erhalten können.

Zu Nummer 2

Nach bisher geltendem Recht haben Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Familienhilfe für ihren Ehegatten, ihre Kinder und sonstige Angehörige. Die Leistung „Familienhilfe“ entfällt vom 1. Januar 1989 an. An ihre Stelle tritt eine eigenständige Versicherung der Familienangehörigen, die jedoch nicht den gesamten Personenkreis einbezieht, für den nach bisher geltendem Recht Anspruch auf Familienhilfe bestand. Wer den bislang durch die Familienhilfe gewährleisteten Versicherungsschutz aufgrund der Rechtsänderung verliert, kann sich freiwillig versichern. Anlaß dazu besteht jedoch nur dann, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V nicht vorliegen.

Zu Nummer 3

Die Regelung soll Dienstordnungsangestellten und Beamten der Bundesknappschaft, die insbesondere wegen Fehlens einer beihilfekonformen Teilkostenerstattung die gesetzliche Krankenversicherung verlas-

sen haben, im Hinblick auf die Regelung in § 14 SGB V die Rückkehr ermöglichen.

Zu Absatz 2

Aus Gründen der Rechtssicherheit bedarf die Anzeige des Beitritts der Schriftform. Die Beitrittsfrist von drei Monaten gibt allen Betroffenen ausreichend Gelegenheit, ihre Entscheidung zu treffen. Zur Sicherstellung eines lückenlosen Versicherungsschutzes beginnt für alle Beigetretene die freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend am 1. Januar 1989.

Zu Artikel 55 – Versorgung mit Zahnersatz

Nach bisher geltendem Recht (§ 182 c RVO) werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz voll von der Krankenkasse getragen. Für zahn-technische Leistungen bei Zahnersatz zahlen die Krankenkassen Zuschüsse bis zu 60 % der Kosten. Durch die Neuregelung der §§ 30 und 69 SGB V werden diese Ansprüche der Versicherten eingeschränkt. Soweit die Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen hat, soll bis zum Abschluß des einzelnen Behandlungsfalles keine Leistungsminderung für die Versicherten eintreten. Dies soll allerdings nur für die Fälle gelten, in denen die Krankenkasse die Leistung vor dem Tag schriftlich bewilligt hat, an dem das Bundeskabinett diesen Gesetzentwurf beschlossen hat. Von diesem Zeitpunkt an mußte jeder Versicherte mit einer für ihn nachteiligen Rechtsänderung rechnen. In diesen Fällen werden deshalb die Kosten von der Krankenkasse über den 31. Dezember 1988 hinaus für den betreffenden Behandlungsfall in derselben Höhe wie bisher weiterhin übernommen. Wurde über die Leistung nach dem 26. April 1988 entschieden, richten sich die Ansprüche des Versicherten vom 1. Januar 1989 an nach neuem Recht.

Zu Artikel 56 – Sterbegeld

Zu Absatz 1

Die Vorschrift trifft aus Gründen des Bestandsschutzes eine Übergangsregelung für das in Zukunft nicht mehr vorgesehene Sterbegeld. Versicherte, die nicht unter diesen Bestandsschutz fallen, können bis zum Inkrafttreten der Neuregelung persönliche Vorsorge durch Abschluß oder Erhöhung einer Sterbegeldversicherung treffen.

Zu Absatz 2

Die Höhe des Mitgliedersterbegelds wird auf das Zwanzigfache des letzten Grundlohns des Mitglieds vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begrenzt, um zu erreichen, daß während der Übergangszeit für alle Versicherten ein einheitlicher Maßstab gilt. Dabei ist der im Jahresdurchschnitt erzielte Grundlohn heranzuziehen, um Zufallsergebnisse zu vermeiden. Die Re-

gelung für Rentner lehnt sich an das bisher geltende Recht (§ 201 Abs. 2 RVO) an, vereinfacht es aber. Danach beträgt das Mindeststerbegeld für Rentner 2 053,40 DM (monatliche Bezugsgröße = 3 080 : 30 = 102,67 DM Grundlohn × 20).

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Höhe des Sterbegelds beim Tod eines in der Vorschrift näher bezeichneten Familienangehörigen.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift setzt die Höhe des Sterbegelds für Versicherte einer landwirtschaftlichen Krankenkasse fest, die schon nach bisher geltendem Recht (§ 37 Abs. 1 KVLG 1972) für Mitglieder und Familienangehörige Sterbegeld in derselben Höhe zahlt. Der Betrag entspricht dem 1988 zu zahlenden Sterbegeld.

Zu Absatz 5

Die Regelung bestimmt den Empfänger des Sterbegelds.

Zu Artikel 57 – Leistungsausschluß für Familienversicherte

Die Regelung dient der Aufrechterhaltung des bisher geltenden Rechts. Ansprüche Familienversicherter aus der Krankenversicherung sind nach dem bisherigen § 205 RVO ausgeschlossen, wenn „anderweit ein gesetzlicher Anspruch auf Krankenpflege“ besteht. Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung. In diesen Fällen haben Familienversicherte also bisher keinen Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung.

An die Stelle des § 205 RVO tritt § 10 SGB V, der eine eigene Versicherung der Familienangehörigen einführt, jedoch die vorgenannte Einschränkung des § 205 RVO nicht enthält. Der Ausschluß von Leistungen der Krankenversicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wird nunmehr allgemein in § 11 Abs. 3 SGB V geregelt. Diese Vorschrift tritt jedoch erst am 1. Januar 1991 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 3). Bis zu diesem Zeitpunkt stellt Artikel 57 sicher, daß versicherte Familienangehörige bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten weiterhin keinen Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung haben. Ihr Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung bleibt unberührt.

Zu Artikel 58 — Kostenerstattung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung benötigen eine angemessene Übergangsfrist, um sich auf die durch die Streichung des § 565 RVO (siehe Artikel 5 Nr. 17) eintretende Erweiterung ihrer Zuständigkeit einzustellen.

Die Vorschrift stellt sicher, daß auch während dieser Übergangszeit die der gesetzlichen Krankenversicherung entstehenden Kosten letztlich von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Anstelle der Einzelabrechnung (Absatz 1) kann ein pauschaliertes Erstattungsverfahren vereinbart werden (Absatz 2). Bei der Zahl der anzuzeigenden Arbeitsunfälle sind die Anzeigen nach § 1552 Abs. 1 RVO zugrunde zu legen.

Zu Artikel 59 — Außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die außerordentliche Mitgliedschaft soll bis zum Ende der Amtsperiode, längstens bis zum 31. Dezember 1992, fortbestehen können.

Zu Artikel 60 — Umwandlung von Beteiligungen in Ermächtigungen

Aus Gründen des Vertrauensschutzes bestehen Beteiligungen nach § 368 a Abs. 8 RVO in der am 31. Dezember 1988 geltenden Fassung einschließlich der Nebenbestimmungen bis zu einer ausdrücklichen Umwandlung durch die Zulassungsausschüsse als Ermächtigungen fort.

Zu Artikel 61 — Vertragsärzte

Für Ärzte und Zahnärzte, die schon am 1. Januar 1977 Vertragsärzte der Ersatzkassen waren oder sich bis zu diesem Zeitpunkt als Vertragsärzte beworben hatten, soll im Interesse des Schutzes erworbener Rechte die in § 103 Abs. 8 Satz 1 SGB V getroffene Neuregelung nicht gelten.

Zu Artikel 62 — Medizinisch-technische Großgeräte

Die Vorschrift dient dem Vertrauensschutz für die von Kassenärzten vor dem 1. Januar 1989 angeschafften medizinisch-technischen Großgeräte. Für die nach dem 31. Dezember 1988 angeschafften Großgeräte gelten die Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5 sowie § 131 SGB V.

Zu Artikel 63 — Dienstordnung

Die Vorschrift stellt sicher, daß die genannten, nach Artikel 5 Nr. 1 weitergeltenden Vorschriften der RVO auch weiterhin nicht für die Krankenkassen oder de-

ren Verbände gelten, die nach bisher geltendem Recht nicht zu diesen Krankenkassen bzw. Verbänden gehörten. Die Erstreckung des Begriffs „Krankenkassen“ auf alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und entsprechend auf deren Verbände durch das SGB V (siehe § 4, §§ 152 ff., §§ 216 ff.) wird damit für die in Artikel 63 genannten Vorschriften der RVO ausgeschlossen.

Zu Artikel 64 — Landesverband der Ortskrankenkassen Hamburg

Die Vorschrift ist eine Folgeregelung zu § 216 Abs. 4 SGB V. Die Rechtsnachfolge ist als Betriebsübergang im Sinne von § 613 a des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzusehen.

Zu Artikel 65 — Regionale Kassenverbände

Durch die Vorschrift wird sichergestellt, daß für Kassenverbände, die am 31. Dezember 1988 nach § 406 RVO gebildet waren, und für Kassenverbände nach § 227 SGB V einheitliche Rechtsvorschriften gelten.

Zu Artikel 66 — Rücklagenbildung bei der Bundesknappschaft

Infolge der Vereinheitlichung des Rechts der Verwendung und Verwaltung der Mittel der Krankenkassen hat die Bundesknappschaft künftig bei der Berechnung des Rücklagesolls nach § 270 SGB V die Leistungsaufwendungen für Knappschaftsrentner mit zu berücksichtigen. Um zu vermeiden, daß wegen einer sofortigen vollständigen Auffüllung des Rücklagesolls bei der Bundesknappschaft erhebliche Beitragssatzanhebungen erforderlich werden, erhält sie das Recht, das Rücklagesoll innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der neuen Vorschriften aufzufüllen. Dies hat in fünf gleich großen Teilschritten zu erfolgen.

Zu Artikel 67 — Vertrauensärztliche Dienste bei den Landesversicherungsanstalten

Der Artikel regelt den Übergang der für den Vertrauensärztlichen Dienst in den Landesversicherungsanstalten bestehenden Rechtsverhältnisse und die Übernahme der Arbeitnehmer und Beamten in den neu zu errichtenden Medizinischen Dienst. Die Vorschrift tritt am 1. Juli 1989 in Kraft (siehe Artikel 70 Abs. 2).

Zu Absatz 1

Die mit der Durchführung von Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes verbundenen Rechte und Pflichten der Landesversicherungsanstalten gehen kraft Gesetzes auf die Medizinischen Dienste über. Bis zum Inkrafttreten dieses Artikels ist geklärt, ob in einem Land ein Medizinischer Dienst besteht, mehrere Medizinische Dienste bestehen oder für mehrere

Länder ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet ist (siehe § 286 SGB V), so daß dann auch feststeht, auf welchen Medizinischen Dienst die genannten Rechte und Pflichten übergehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Übergang des Vermögens und der Verbindlichkeiten, die mit den Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes in rechtlichem oder wirtschaftlichem Zusammenhang stehen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Übernahme der in den Landesversicherungsanstalten beschäftigten Personen, die überwiegend Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes wahrgenommen haben. Der Eintritt in die Rechte und Pflichten aus den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen erfolgt kraft Gesetzes.

Zu Absatz 4

Mit der Verleihung der Dienstthermeigenschaft kann der Medizinische Dienst die Beamten der Landesversicherungsanstalt, die überwiegend für den Vertrauensärztlichen Dienst tätig sind, übernehmen. Das Recht, Beamte zu haben, erstreckt sich nur auf die Beamten und Beamtenanwärter, die von den Landesversicherungsanstalten übernommen werden. Neue Beamtenverhältnisse können nicht begründet werden. Für die Zukunft hat der Medizinische Dienst vorrangig Gutachter, die nicht bei ihm beschäftigt sind, zu beauftragen. Für den Status „Körperschaft des öffentlichen Rechts“ besteht kein Bedürfnis mehr, wenn die Notwendigkeit für die Dienstherrnfähigkeit des Medizinischen Dienstes nicht mehr besteht. Aus Gründen der Rechtssicherheit hat die zuständige Landesbehörde den Zeitpunkt festzustellen, zu dem der Status entfällt, und ihn bekannt zu machen.

Zu Absatz 5

Da auch die Versorgungsempfänger bisher rechtlich den Landesversicherungsanstalten zugeordnet sind, die Kosten für die Versorgung dieser Personen aber die Krankenkassen zu tragen haben, wird auch die Zuständigkeit für die Versorgungsempfänger, die überwiegend mit Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes befaßt waren, kraft Gesetzes auf die Medizinischen Dienste übertragen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt den notwendigen Bestandsschutz für die Arbeitsverhältnisse der übernommenen Arbeitnehmer.

Zu Absatz 7

Absatz 7 stellt klar, daß die Medizinischen Dienste kraft Gesetzes in die Rechte und Pflichten aus Mietverträgen und sonstigen Vereinbarungen eintreten, die für die Durchführung der Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes abgeschlossen wurden, und daß dazu auch entsprechende Vereinbarungen innerhalb der Landesversicherungsanstalten gehören.

Zu Absatz 8

Die Übergangsvorschriften gelten für die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin entsprechend, die bisher im Land Berlin Träger des Vertrauensärztlichen Dienstes ist (siehe Artikel 25 Nr. 2 und Artikel 70 Abs. 2). Auch im Land Berlin soll ein Medizinischer Dienst errichtet werden, der von den Krankenkassen der in § 286 Abs. 2 SGB V genannten Kassenarten gemeinsam getragen wird.

Zu Artikel 68 – Fortführung des Institutionskennzeichens

Die bisherige bewährte Praxis der Verwendung des auf freiwilliger Grundlage eingeführten Institutionskennzeichens soll mit der Regelung gesetzlich abgesichert werden.

Zum Zweiten Abschnitt – Schlußvorschriften

Zu Artikel 69 – Berlin-Klausel

Der Artikel enthält die erforderliche Berlin-Klausel.

Zu Artikel 70 – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Zu Absatz 1

Satz 1 enthält die allgemeine Vorschrift über das Inkrafttreten des Gesetzes. Angesichts der Dringlichkeit der Strukturreform und der Notwendigkeit, dem weiteren Anstieg der Beitragssätze so rasch wie möglich entgegenzuwirken, ist das Inkrafttreten am 1. Januar 1989 erforderlich, soweit nicht aus besonderen Gründen für einzelne Vorschriften ein anderer Zeitpunkt geboten ist.

Satz 2 bestimmt die Vorschriften, die am 1. Januar 1989 außer Kraft treten. Das Außerkrafttreten erfolgt

- zu Nummer 1 wegen Artikel 7,
- zu Nummer 2 wegen der §§ 166 bis 173 und 181 SGB V,
- zu Nummer 3 wegen der §§ 177 bis 181 SGB V,
- zu Nummer 4 wegen Gegenstandslosigkeit der Erlasse oder wegen Wegfalls der ihnen zugrunde liegenden Vorschriften; als Veröffentlichungen im Reichsarbeitsblatt unterliegen diese Erlasse nicht

der Rechtsbereinigung nach dem Gesetz über die Sammlung des Bundesrechts vom 10. Juli 1958 (BGBl. I S. 437) und dem Gesetz über den Abschluß der Sammlung des Bundesrechts vom 28. Dezember 1968 (BGBl. I S. 1451).

Zu Absatz 2

Das um ein halbes Jahr spätere Inkrafttreten von Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b, Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe b, Artikel 8 Nr. 9 Buchstabe b, Artikel 13 Nr. 1 und 2, Artikel 14 Nr. 1 und 2 sowie von Artikel 15 folgt aus § 256 SGB V, der vom 1. Juli 1989 an eine Angleichung des Beitragssatzes aus der Rente an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht (siehe die Begründung zu Artikel 5 Nr. 31 Buchstabe b).

Das um ein halbes Jahr spätere Inkrafttreten von Artikel 23 Nr. 2, Artikel 24 Nr. 2, Artikel 25 Nr. 2 sowie von Artikel 67 gibt den Krankenkassen die notwendige Zeit zur Durchführung des § 286 SGB V über die Errichtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Zu Absatz 3

Das um zwei Jahre spätere Inkrafttreten von § 11 Abs. 3 SGB V sowie von Artikel 5 Nr. 14, Nr. 15 Buchstabe b, Nr. 17, 21 und 22 gibt den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung die notwendige Zeit, sich auf die Erweiterung ihrer Zuständigkeit einzustellen, die durch die Streichung des § 565 RVO (siehe Artikel 5 Nr. 17) eintritt.

Das um zwei Jahre spätere Inkrafttreten des § 278 Abs. 2 SGB V über den von den Krankenkassen zu tragenden Eigenanteil beim Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner ist notwendig, weil sich zur Zeit die finanziellen Auswirkungen der Regelung des § 278 Abs. 1 SGB V sowie der Änderungen des Leistungsrechts auf den Finanzausgleich nicht zuverlässig vorausschätzen lassen.

C. Finanzielle Auswirkungen

Zur Strukturreform im Gesundheitswesen sollen nach dem Reformkonzept alle Beteiligten ihren Beitrag leisten. Die finanziellen Auswirkungen der vorgesehenen Regelungen betreffen daher sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer.

Die Mehrzahl der Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen und Senkung der Ausgaben der Krankenkassen lassen sich allerdings nicht einfach den Versicherten oder den Leistungserbringern zurechnen, sondern Be- und Entlastung verteilen sich häufig jeweils auf beide Seiten. Im einzelnen ergeben sich folgende Wirkungen:

- Weil die geplanten Festbeträge das medizinische Erforderliche abdecken, gibt es in diesem Bereich keine zwingende Belastung der Versicherten; die hier durch intensiveren Preiswettbewerb erzielbaren

Einsparungen vermindern deshalb die Umsätze der Leistungserbringer.

- Durch die Neugestaltung der Zuzahlungsregelung beim Zahnersatz werden die Versicherten (durch erhöhte Selbstbeteiligung) und die Leistungserbringer (durch zu erwartende Umsatzeinbußen) betroffen.
- Soweit Leistungen ganz aus dem Katalog der Solidarversicherung genommen werden, läge die finanzielle Last bei unverändertem Anspruchsverhalten bei den Versicherten. Da jedoch eine wirtschaftlichere Verhaltensweise erwartet werden kann, werden sich diese Belastungen der Versicherten vermindern und mit Umsatzeinbußen bei den Leistungserbringern korrespondieren.
- Von den zu erwartenden Belastungen der Versicherten müssen die angestrebten Beitragssenkungen der Aktivversicherten und der Wegfall der Zuzahlungen für Arzneimittel und Heilmittel (schrittweise) sowie für Brillen abgezogen werden.
- Neue Leistungen der Krankenversicherung (häusliche Pflegehilfe, Vorsorge) kommen sowohl Versicherten als auch Leistungserbringern zugute.
- Die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und damit der Wirtschaftlichkeit belasten Krankenkassen und Leistungserbringer mit nur schwer abschätzbaren Mehrkosten für Verwaltungsaufwand. Dem stehen Entlastungen aufgrund der erhöhten Wirtschaftlichkeit gegenüber, die ebenfalls nicht exakt quantifiziert werden können.

I. Entlastungen

Die vorgesehenen Maßnahmen sollen die Beitragszahler um rd. 7 Mrd. DM entlasten:

1. Entlastung der Versicherten

a) Beitragssatzsenkungen für die Aktivversicherten	ca. 3 100 Mio. DM
b) Wegfall von Zuzahlungen für	
— Arzneimittel (soweit auf Festbeträge umgestellt wird)	600 Mio. DM
— Heilmittel (soweit auf Festbeträge umgestellt wird) und Brillen	140 Mio. DM
	ca. 3 840 Mio. DM

2. Entlastung der Arbeitgeber

Beitragssatzsenkungen	ca. 3 100 Mio. DM
-----------------------	-------------------

Gesamtvolumen der Entlastungen

ca. 6 940 Mio. DM

II. Neue Leistungen

Versicherten und Leistungserbringern kommen folgende neue Leistungen zugute:

1. Zahnärztliche Gruppenprophylaxe	200 Mio. DM
2. Gesundheitsuntersuchungen	200 Mio. DM
3. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung	320 Mio. DM
4. Häusliche Pflegehilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit	6 400 Mio. DM
5. Bonus bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen	nicht quantifizierbar
6. Beitragsrückzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	nicht quantifizierbar

Gesamtkosten der neuen Leistungen ca. 7 120 Mio. DM

Entlastungen (I.) und neue Leistungen (II.) insgesamt ca. 14 060 Mio. DM

III. Geschätztes Einsparvolumen der einzelnen Maßnahmen

Die Entlastungen der Versicherten und Arbeitgeber und die neuen Leistungen werden durch die folgenden Sparmaßnahmen finanziert, die sowohl zu Lasten der Versicherten als auch der Leistungserbringer gehen:

1. Festbeträge für Arzneimittel (Einstieg 1989 bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln; zweite und dritte Stufe bis 1992)	2 000 Mio. DM
2. Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel von 2 auf 3 DM (ab 1991 prozentuale Zuzahlung)	100 Mio. DM
3. Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel	100 Mio. DM
4. Festbeträge für Heilmittel	150 Mio. DM
5. Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung für Heilmittel auf 4 DM je Mittel	300 Mio. DM
6. Festbeträge für Brillen	760 Mio. DM
7. Kontaktlinsen (Begrenzung auf Aufwand für Brillen)	75 Mio. DM
8. Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel	50 Mio. DM
9. Festbeträge für Hilfsmittel	110 Mio. DM
10. Festbeträge für Hörgeräte	170 Mio. DM
11. Ausschluß von Bagatellhilfsmitteln	230 Mio. DM
12. Erhöhung der Zuzahlungen beim Zahnersatz, Neugestaltung der Zahnersatzleistungen	2 350 Mio. DM

13. Kieferorthopädie — Einschränkungen nach zahnmedizinischen Gesichtspunkten	200 Mio. DM
— Selbstbehalt bei Abbruch der Behandlung	70 Mio. DM
14. Beschränkung der Zuschüsse zu den Kosten für Unterbringung und Verpflegung bei offenen Bädereuren auf 15 DM pro Tag	165 Mio. DM
15. Einschränkungen bei den Fahrkosten	800 Mio. DM
16. Einschränkung der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland	50 Mio. DM
17. Wegfall des Sterbegelds mit Übergangsregelung (später weitere 1 150 Mio. DM)	950 Mio. DM
18. Übernahme der Kosten für Arbeitsunfälle durch die Unfallversicherung (Entlastungen sind kaum quantifizierbar)	rd. 100 Mio. DM

19. Struktureffekte**a) Ambulanter Bereich**

Die im Rahmen der Reform vorgesehenen Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Transparenz über Leistungen und Kosten, die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes zu einem effektiven medizinischen Beratungsdienst der Krankenkassen werden in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung zu Einsparungen führen, insbesondere zu Mengenrückgängen, aber auch zur Beschränkung auf kostengünstigere Versorgungsalternativen.

Geschätzter Einspareffekt:

ca. 3,5% der in Betracht kommenden Leistungsausgaben (1987: 61 Mrd. DM) ca. **2 100 Mio. DM**

b) Krankenhaus

Die im Rahmen der Reform vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, zur Verweildauerverkürzung, zum Bettenabbau sowie zum Abbau der Fehlbelegung werden in der stationären Versorgung zu Einsparungen führen.

Geschätzter Einspareffekt:

ca. 4% der Leistungsausgaben (1987: 39 Mrd. DM) ca. **1 570 Mio. DM**

Einsparvolumen
der Maßnahmen zu III. 12 400 Mio. DM

IV. Mehreinnahmen und Minderausgaben

1. Krankenversicherung der Rentner
Mehreinnahmen durch Anpassung
des Beitragssatzes an die Höhe
des durchschnittlichen
Beitragssatzes der GKV ab 1. Juli
1989 1 650 Mio. DM
2. Ausbildungsstätten an
Krankenhäusern
Minderausgaben durch Auslaufen
der Pflegesatzfinanzierung von
Kosten des theoretischen Teils der
Ausbildung zum 31. Dezember
1988 (wie nach geltendem Recht
vorgesehen) 200 Mio. DM

V. Mindereinnahmen

Einführung der
Versicherungspflichtgrenze
bei Arbeitern (Nettoeffekt) \times 190 Mio. DM

Einsparungen insgesamt
(Summe aus den Maßnahmen
zu III. bis V.) ca. 14 060 Mio. DM

VI. Finanzwirkungen in der mehrjährigen Betrachtung

Die in der Aufstellung zu III. bis V. genannten Einsparungen werden erst nach einer gewissen Zeit erreicht. Das endgültige Einsparvolumen wird nach Einschätzung der Bundesregierung 1992 erreicht sein. Im ersten Jahr nach Inkrafttreten werden bei den Positionen

- Festbeträge bei Arzneimitteln, 1. Stufe (III.1),
- Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung bei Arzneimitteln (III.2),
- Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung bei Heilmitteln (III.5),
- Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel (III.8),
- Neuregelungen beim Zahnersatz (III.12),
- Beschränkung der Zuschüsse bei offenen Badekuren (III.14),
- Einschränkungen bei den Fahrkosten (III.15),
- Einschränkung der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland (III.16),
- Wegfall des Sterbegeldes (III.17),
- Übernahme der bisher von der Krankenversicherung getragenen Kosten für Arbeitsunfälle durch die Unfallversicherung (III.18),

– Auslaufen der Pflegesatzfinanzierung von Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung in Ausbildungsstätten an Krankenhäusern (IV.2),

die erwarteten Einsparbeträge voll oder weit überwiegend erreicht. Dies führt bei diesen Positionen zu Entlastungen im Jahre 1989 in Höhe von rd. 5,9 Mrd. DM.

Bei den übrigen Positionen wird das volle Einsparvolumen aus unterschiedlichen Gründen erst schrittweise bis 1992 erreicht werden. Allerdings wird angenommen, daß diese übrigen Positionen auch schon im Jahre 1989 zu einem Einsparvolumen von rd. 1,7 Mrd. DM führen, so daß für 1989 insgesamt rd. 7,6 Mrd. DM Einsparungen erzielt werden können.

Insbesondere werden diejenigen Positionen erst schrittweise zu Einsparungen führen, bei denen die Selbstverwaltung notwendige Vorarbeiten zu leisten hat. So muß die Selbstverwaltung die vorgesehenen Regelungen über Festbeträge und die Ausgrenzung von Arzneimitteln, über das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte von Krankenhäusern erst schaffen sowie die verbesserten gesetzlichen Grundlagen für Transparenz und für Wirtschaftlichkeitsprüfungen umsetzen. Die Struktureffekte (III.19) benötigen daher ebenfalls eine Vorlaufzeit von mindestens einem Jahr. Es wird angenommen, daß sie 1989 gar nicht, 1990 mit rd. 700 Mio. DM (III.19.a) bzw. 400 Mio. DM (III.19.b) und 1991 mit rd. 1,4 Mrd. DM (III.19.a) bzw. 800 Mio. DM (III.19.b) wirksam werden, ehe 1992 der angesetzte Betrag in voller Höhe erreichbar ist.

Für das Jahr 1989 ergeben sich teilweise auch dadurch geringere Einsparmöglichkeiten, daß in der ersten Jahreshälfte noch Leistungen, die 1988 nach altem Recht gewährt wurden, bei den Krankenkassen ausgabenwirksam werden.

Insgesamt ist davon auszugehen, daß 1989 Einsparungen von rd. 7,6 Mrd. DM, 1990 Einsparungen von rd. 11,2 Mrd. DM, 1991 Einsparungen von rd. 12,1 Mrd. DM erzielbar sind, ehe 1992 die gesamten Einsparungen von rd. 14,1 Mrd. DM erzielt werden können.

Auf der anderen Seite werden die neuen Leistungen nicht unmittelbar im Jahre 1989 schon in voller Höhe zu Mehrausgaben führen. Bei den vorgesehenen Pflegeleistungen soll 1989 zunächst der Pflegeurlaub in Kraft treten. Die übrigen Pflegeleistungen werden hingegen erst 1991 in Kraft treten und Versicherte wie Leistungserbringer (beispielsweise Sozialstationen) müssen sich 1991 erst auf sie einstellen. Es wird daher angenommen, daß die Pflegeleistungen 1989 mit rd. 0,6 Mrd. DM, 1990 mit rd. 0,8 Mrd. DM und 1991 mit rd. 4,3 Mrd. DM wirksam werden, ehe sie 1992 den angesetzten Betrag von rd. 6,4 Mrd. DM erreichen.

Die vorgesehenen neuen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge bedürfen zunächst vorbereitender Arbeiten der Selbstverwaltung. Es wird daher angenommen, daß die Vorsorgeleistungen insgesamt 1989 mit rd. 360 Mio. DM und 1990 mit rd. 540 Mio. DM wirksam werden, ehe sie 1991 und 1992 den angesetzten Betrag von rd. 720 Mio. DM erreichen.

Die Mehrausgaben durch Wegfall von Zuzahlungen werden schrittweise mit dem Ausbau des Festbetrags-

systems von rd. 265 Mio. DM im Jahre 1989 auf rd. 740 Mio. DM im Jahre 1992 anwachsen.

Insgesamt werden die Mehrausgaben daher für 1989 mit 1,2 Mrd. DM, für 1990 mit rd. 1,8 Mrd. DM, für

1991 mit rd. 5,6 Mrd. DM und schließlich für 1992 mit rd. 7,9 Mrd. DM geschätzt.

Zusammengefaßt ergeben sich für die Jahre 1989 bis 1992 folgende Wirkungen (in Mrd. DM):

	1989	1990	1991	1992
Mehrausgaben, auch durch Wegfall von Zuzahlungen	1,2	1,8	5,6	7,9
Mehreinnahmen und Einsparungen	7,6	11,2	12,1	14,1
davon:				
Mehreinnahmen durch Anpassung des Beitragssatzes in der KVdR an den allgemeinen Beitragssatz	1,3	2,2	1,7	1,7
Saldo der Entlastungen (= Spielraum für Beitragssatzsenkungen)	6,4	9,4	6,5	6,2

Die Maßnahmen ermöglichen damit Beitragssatzsenkungen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz wird (jeweils für den 1. Januar des Jahres) wie folgt geschätzt:

1989	13,4 v. H.
1990	12,7 v. H.
1991	12,7 v. H.
1992	12,6 v. H.

VII. Finanzielle Auswirkungen bei den übrigen Sozialversicherungsträgern

1. Auswirkungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung führt die Anpassung des bisher geltenden Beitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner von 11,8 v. H. auf die Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV zu Mehrausgaben. Die Höhe dieser Mehrausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung hängt von der Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV ab. Sie wird geschätzt auf:

1989	0,7 Mrd. DM
1990	1,2 Mrd. DM
1991	0,9 Mrd. DM
1992	0,9 Mrd. DM.

In Höhe der hiervon auf die knappschaftliche Rentenversicherung entfallenden Mehrausgaben wird der Bund belastet (vgl. unter VIII.1.).

2. Auswirkungen bei der gesetzlichen Unfallversicherung

Die vollständige Übernahme der Kosten von Arbeitsunfällen belastet die Unfallversicherung. Der Umfang der Belastung läßt sich nicht quantifizieren. Aufgrund des entstehenden Verwaltungsaufwandes und der zum Teil unterschiedlichen Leistungen der Unfallversicherung wird die Belastung größer sein als die entsprechende Entlastung (rd. 100 Mio. DM) der gesetzlichen Krankenversicherung.

VIII. Finanzielle Auswirkungen bei Bund, Ländern und Gemeinden

1. Bund

– Mehrausgaben bzw. Einsparungen durch dieses Gesetz wirken sich wegen der vom Bund zu tragenden Ausgaben für die Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte, soweit diese Aufwendungen nicht durch Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen an die landwirtschaftlichen Krankenkassen gedeckt sind, auf den Bund aus (vgl. Tabelle).

Finanzielle Auswirkungen des GRG auf den Bundeshaushalt
(Mio. DM)

	1989	1990	1991	1992
1. Aufwendungen für die Krankenversicherung landwirtschaftlicher Altenteiler				
Entlastungen	87	127	138	161
Mehrausgaben	18	24	101	161
Saldo (Entlastung: /)	/69	/103	/37	0
2. Aufwendungen für die knappschaftliche Rentenversicherung				
Entlastungen	75	77	79	81
Mehrausgaben	45	72	53	52
Saldo (Entlastung: /)	/30	/5	/26	/29
3. Aufwendungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Entlastungen	7	18	25	35
Mehrausgaben	10	14	25	31
Saldo (Entlastung: /)	3	/4	0	/4
4. Aufwendungen nach dem Bundesvertriebenen-gesetz (bisher: Heimkehrergesetz und Häftlings-hilfegesetz)				
Entlastungen	2,8	2,8	2,8	2,8
Mehrausgaben	0,4	0,4	0,4	0,4
Saldo (Entlastung: /)	/2,4	/2,4	/2,4	/2,4

— Durch die Anpassung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner an den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV ergeben sich Mehrausgaben in der knappschaftlichen Rentenversicherung, die den Bund belasten. Umgekehrt ergeben sich durch die Streichung der Mehrleistung beim Sterbegeld, das in der knappschaftlichen Krankenversicherung von der knappschaftlichen Rentenversicherung getragen wird, Minderausgaben für die knappschaftliche Rentenversicherung, die den Bund entlasten (vgl. Tabelle).

— Durch die Übernahme von Vorschriften dieses Gesetzes in das Bundesversorgungsgesetz (Artikel 35) ergeben sich finanzielle Auswirkungen auf den Bundeshaushalt (vgl. Tabelle).

— Durch die Neuregelungen der Leistungen bei Krankheit an Aussiedler, Übersiedler aus der DDR und ehemalige politische Häftlinge (Artikel 36) ergeben sich finanzielle Entlastungen bei den Krankenkassen und beim Bundeshaushalt (vgl. Tabelle) sowie Mehrausgaben bei den Bundesländern.

— Soweit die vorgesehenen Regelungen zu Umsatzrückgängen — insbesondere bei Arzneimitteln — führen, wird der Bund durch Einnahmeausfälle bei der Mehrwertsteuer belastet.

2. Länder und Gemeinden

— Durch Anrechnung der neuen Geldleistungen der Krankenversicherung bei Pflegebedürftigkeit und die Möglichkeit der Träger der Sozialhilfe, das Pflegegeld auch im Hinblick auf die neuen Sachleistungen der Krankenversicherung bei Pflegebedürftigkeit zu kürzen, werden nicht quantifizierbare Einsparungen in erheblichem Umfang entstehen. Einsparungen bei der Sozialhilfe werden auch dadurch eintreten, daß die Leistungen der GKV bei häuslicher Pflege zu einem Rückgang von Pflegeheimaufenthalten und damit zu verringerten Sozialhilfeaufwendungen für diesen Bereich führen. Entsprechendes gilt in geringerem Umfang für den Anteil der Länder an den Kosten der Kriegsofferfürsorge.

— Durch die Übernahme der neuen Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten in die Sozialhilfe (§ 36 BSHG) werden bei den Sozialhilfeträgern Mehrkosten von rd. 25 Mio. DM entstehen.

— Durch die Leistungsausgrenzungen im Rahmen der Krankenversicherung können Mehrbelastungen bei den Sozialhilfeträgern entstehen. Dies gilt z. B. für Zuzahlungen bei Arznei- und Heilmitteln, soweit Festbeträge dort nicht festgesetzt werden, im begrenzten Umfang auch wegen des Wegfalles des Sterbegeldes bei Personen der Jahrgänge 1939 und jünger.

- Durch die in Artikel 36 vorgesehene Kostentragepflicht der Bundesländer für die Verwaltungskosten von Leistungen bei Krankheit nach dem Bundesvertriebenengesetz werden die Bundesländer mit Mehrausgaben von etwa 2,7 Mio. DM belastet.

D. Preiswirkungsklausel

Die Maßnahmen beim Sterbegeld, bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (insbesondere Einführung von Festbeträgen, Ausgrenzungen unwirtschaftlicher Arznei-, Heil- und Hilfsmittel), beim Zahnersatz (Erhöhung der

Zuzahlung) sowie bei den Fahrkosten (Begrenzung der Kostenübernahme) wirken dämpfend auf die Preisentwicklung in diesen Bereichen.

Die als Folge des Gesetzes zu erwartenden Beitragsatzsenkungen bei den Krankenkassen wirken kostenmäßig entlastend für Betriebe und private Haushalte. Sie eröffnen somit Preissenkungsspielräume. Die möglichen Preisveränderungen im Einzelfall lassen sich im voraus nicht quantifizieren; insgesamt dürften sie sich jedoch dämpfend auf das Verbraucherpreisniveau auswirken. Langfristig werden sich zudem stabilisierende Wirkungen auf das Preisniveau ergeben.

E. Anhang zum Allgemeinen Teil: Tabellen und Grafiken

Tabellen

1. Mitglieder und Rentner in der GKV und den einzelnen Kassenarten
2. Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes
3. Leistungsausgaben in der allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner und nach Sektoren
4. Leistungsausgaben der GKV je Mitglied nach Sektoren
5. Zahl der niedergelassenen Ärzte
6. Zahl der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abrechnenden Zahnärzte
7. Hauptergebnisse der amtlichen Krankenhausstatistik
8. Einkommen der Ärzte und Zahnärzte

Grafiken

Grafik 1: Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV und des Grundlohns

Grafik 2: Beitragssatzentwicklung in der GKV seit 1950

Abkürzungsverzeichnis

OKK	= Ortskrankenkassen
BKK	= Betriebskrankenkassen
IKK	= Innungskrankenkassen
KVdL	= landwirtschaftliche Krankenkassen
Bukn	= Bundesknappschaft
EAR	= Ersatzkassen für Arbeiter
EAN	= Ersatzkassen für Angestellte
AKV	= Allgemeine Krankenversicherung
KVdR	= Krankenversicherung der Rentner
KZV	= Kassenzahnärztliche Vereinigung
KZBV	= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Tabelle 1
Stand 5/1987Jahresdurchschnittliche Anzahl von Mitgliedern und Rentnern nach Kassenarten seit 1970
— Werte in 1 000 —

Jahr	GKV insgesamt ¹⁾			OKK			BKK			IKK		
	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1970	22 638	8 008	30 646	10 864	5 144	16 008	3 211	970	4 181	1 240	164	1 404
1975	23 861	9 632	33 493	10 464	5 674	16 138	3 043	1 213	4 256	1 335	252	1 587
1980	25 092	10 303	35 395	10 778	5 717	16 495	2 947	1 340	4 287	1 517	307	1 824
1981	25 375	10 329	35 704	10 830	5 677	16 507	2 933	1 363	4 296	1 512	313	1 865
1982	25 417	10 403	35 820	10 754	5 641	16 395	2 890	1 380	4 270	1 561	318	1 879
1983	25 346	10 460	35 806	10 642	5 599	16 241	2 810	1 388	4 198	1 572	323	1 895
1984	25 445	10 568	36 013	10 626	5 582	16 208	2 757	1 405	4 162	1 586	331	1 917
1985	25 586	10 623	36 209	10 670	5 537	16 207	2 772	1 415	4 187	1 576	336	1 912
1986	25 798	10 652	36 450	10 714	5 481	16 195	2 813	1 423	4 236	1 569	339	1 908

Jahr	KVdL			Bukn			EAR			EAN		
	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.	M. o. R.	R.	zus.
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1970	313	121	434	396	729	1 125	296	40	336	6 250	831	7 081
1975	558	386	944	351	725	1 076	301	62	363	7 757	1 307	9 064
1980	506	355	862	333	702	1 035	355	79	434	8 608	1 787	10 395
1981	496	356	852	331	648	979	373	83	456	8 816	1 874	10 690
1982	489	348	836	336	653	989	389	86	475	8 954	1 962	10 916
1983	485	338	823	331	656	987	403	90	493	9 060	2 051	11 111
1984	480	331	811	324	664	988	421	94	515	9 209	2 145	11 355
1985	471	326	797	298	667	965	437	98	535	9 318	2 229	11 547
1986	460	322	782	295	665	960	455	101	556	9 452	2 305	11 757

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik, BMA-Vordruck KM1

Anmerkung: ¹⁾ einschließlich Seekasse

M. o. R. = Mitglieder ohne Rentner

R. = Rentner

zus. = Mitglieder und Rentner zusammen

Tabelle 2
Stand 2/1988

Entwicklung des Beitragssatzes nach Kassenarten
— im Jahresdurchschnitt —

Jahr	GKV insgesamt	OKK	BKK	IKK	Seek.	Bukn	EAR	EAN
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	6,60	9,60	8,07	8,89
1971	8,13	8,08	7,53	7,81	6,26	9,60	7,99	8,66
1972	8,39	8,40	7,80	8,07	6,20	11,60	8,21	8,85
1973	9,15	9,11	8,37	8,58	7,70	11,60	8,97	9,74
1974	9,47	9,49	8,76	9,15	7,70	11,60	9,60	9,83
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	9,00	11,90	10,17	10,70
1976	11,30	11,32	10,18	11,07	9,97	12,60	11,07	11,85
1977	11,37	11,40	10,39	11,19	10,20	12,60	11,40	11,83
1978	11,41	11,52	10,58	11,36	10,20	12,60	11,45	11,60
1979	11,26	11,47	10,46	11,18	9,90	12,60	11,03	11,22
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	9,90	12,60	11,01	11,22
1981	11,79	12,11	10,69	11,44	10,60	12,60	11,18	11,87
1982	12,00	12,39	10,90	11,73	10,60	12,06	11,42	11,94
1983	11,83	12,17	10,60	11,54	9,80	11,60	11,11	11,91
1984	11,44	11,80	10,13	11,07	9,50	11,60	10,60	11,51
1985	11,80	12,09	10,29	11,26	10,50	11,60	11,33	12,10
1986	12,20	12,69	10,76	12,01	11,70	11,60	11,49	12,10
1987	12,62	13,16	11,18	12,66	12,30	12,36	11,62	12,42

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik, BMA-Vordruck KM 1

Tabelle 3
Stand 3/1988

Leistungsausgaben insgesamt und nach Sektoren seit 1960
— in Mio. DM —
AKV und KVdR

Jahr	ambulante Behandlung										Krankenhaus- behandlung *)	
	Leistungs- ausgaben insgesamt		ärztliche Behandlung		zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz		Arzneimittel		Heil- und Hilfsmittel			
	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR
1960	7 636	1 329	1 536	338	660	76	754	340	167	46	1 175	393
1970	17 273	6 576	3 995	1 463	2 141	395	2 378	1 846	466	202	3 869	2 141
1975	39 681	18 489	7 836	3 423	6 923	1 387	4 608	4 294	1 701	881	10 480	6 994
1980	56 505	29 451	10 146	5 212	10 893	1 976	6 260	6 313	3 063	1 818	13 641	11 541
1981	59 565	32 638	10 792	5 699	11 780	2 266	6 604	7 027	3 242	2 031	14 314	12 681
1982	58 709	33 968	10 990	5 927	11 013	2 048	6 514	7 262	2 959	2 087	15 309	13 883
1983	59 141	36 756	11 381	6 382	10 816	2 129	6 588	7 861	2 998	2 236	15 649	14 828
1984	63 185	40 377	12 150	6 774	11 506	2 395	6 942	8 602	3 441	2 623	16 384	16 000
1985	65 424	43 280	12 585	7 075	11 801	2 521	7 329	9 274	3 648	2 864	16 894	17 126
1986	67 912	46 149	12 947	7 348	11 516	2 546	7 758	9 867	4 029	3 192	18 063	18 466
1987 1)	70 276	48 558	13 569	7 515	11 051	2 569	8 364	10 495	4 286	3 462	19 145 2)	20 127 2)

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik, BMA-Vordrucke KJ 1 und KV 45
*) ohne Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a RVO
1) 1987 = vorläufige Werte KV 45
2) mit Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a RVO

Tabelle 4

Stand 3/1988

Leistungsausgaben je Mitglied nach Sektoren seit 1960

Jahr	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr	ambulante ärztliche Behandlung	zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz	Arzneimittel	Heil- und Hilfsmittel	Krankenhausbehandlung *)
	DM je Mitglied	%	DM je Mitglied				
1960	331	.	69	27	40	8	58
1970	778	.	178	83	138	22	196
1975	1 737	18,3	336	248	266	77	522
1980	2 432	9,4	433	362	355	137	713
1981	2 582	6,2	462	393	382	148	756
1982	2 587	0,2	472	365	385	141	815
1983	2 678	3,5	496	361	404	146	851
1984	2 876	7,4	525	386	432	168	900
1985	3 002	4,3	543	396	459	180	940
1986	3 129	4,2	557	386	484	198	1 002
1987 ¹⁾	3 237	3,5	574	371	514	211	1 070 ²⁾

Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik, BMA-Vordruck KJ 1

*) ohne Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a RVO

1) 1987 = vorläufige Werte KV 45

2) mit Behandlungen in Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a RVO

Tabelle 5

Zahl der niedergelassenen Ärzte

Arztgruppe	1970		1975		1980		1985		1986	
	Anzahl absolut	Anzahl absolut	Veränderung zum Vorjahr in %	Anzahl absolut	Veränderung zum Vorjahr in %	Anzahl absolut	Veränderung zum Vorjahr in %	Anzahl absolut	Veränderung zum Vorjahr in %	
Ärzte mit Gebietsbezeichnung	23 837	31 265	+5,6	39 609	+2,8	45 273	+2,3	46 204	+2,1	
Allg./Praktische Ärzte	25 667	25 560	+0,2	26 180	-0,2	28 053	+1,1	28 613	+2,0	
Summe Ärzte	49 504	56 285	+3,1	65 789	+1,6	73 326	+1,9	74 817	+2,0	

Quelle: Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Prognose über die Entwicklung der Zahl der berufstätigen Ärzte in freier Praxis

	in freier Praxis	
	absolut	durchschnittliche jährliche Wachstumsrate
1990	111 500	5,5
1995	141 000	4,8
2000	170 400	3,9

Quelle: WIdO-Schriftenreihe „Das Ärzteangebot bis zum Jahr 2000“

Tabelle 6

Zahl der über die KZVen
abrechnenden Zahnärzte¹⁾

Jahr	Zahnärzte		davon zu allen Kassen zugelassen	
	ins- gesamt	Verände- rung in %	ins- gesamt	Verän- derung in %
1970	26 528	.	25 738	.
1971	26 332	-0,7	25 605	-0,5
1972	26 162	-0,6	25 468	-0,5
1973	26 188	0,1	25 522	0,2
1974	26 004	-0,7	25 366	-0,6
1975	26 898	3,4	25 847	1,9
1976	26 984	0,3	25 763	-0,3
1977	27 071	0,3	25 781	0,1
1978	27 183	0,4	25 873	0,4
1979	27 252	0,3	25 930	0,2
1980	27 382	0,5	26 046	0,4
1981	27 505	0,4	26 126	0,3
1982	27 740	0,9	26 275	0,6
1983	28 197	1,6	26 699	1,6
1984 ²⁾	29 394	.	.	.
1985	30 084	2,3	.	.

Quelle: Abrechnungsstatistik der KZBV

Anmerkungen:

- ¹⁾ Prognose der Zahl der im Jahre 2000 im Gesundheitswesen tätigen Personen: Zahnärzte 54 700 (Quelle: Rüschmann/Thode [1985]).
- ²⁾ bis einschließlich 1983 im Jahresdurchschnitt, ab 1984 Stich-
tag 31. Dezember.

Tabelle 7

Hauptergebnisse der amtlichen Krankenhausstatistik
 – Werte nur Krankenhäuser für Akutkranke –
 Jeweils 31. Dezember

Jahr	Kranken- häuser	planmäßige Betten	Patienten in 1 000	Pflege- tage in Mio.	Verweildauer	Nutzungsgrad	Bettendichte je 10 000 Einwohner
0	1	2	3	4	5	6	7
1960 ¹⁾	2 656	406 022	6 620	136,6	21,2 ¹⁾	.	72,8
1965	2 540	423 219	7 148	137,4	20,0	.	71,4
1970	2 441	457 004	8 191	145,0	18,3	86,8	74,9
1975	2 260	489 756	9 032	146,3	16,7	81,8	79,4
1980	1 991	476 652	10 033	145,4	14,9	83,3	77,3
1981	1 952	473 804	9 978	142,4	14,7	82,3	76,8
1982	1 898	466 943	10 102	141,5	14,4	83,0	75,9
1983	1 868	463 671	10 200	141,3	14,2	83,5	75,6
1984	1 850	463 404	10 396	143,2	14,1	84,4	75,9
1985	1 825	462 124	10 604	143,4	13,9	85,0	.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6

Anmerkung: ¹⁾ ohne Berlin

Tabelle 8

Bruttoeinkommen vor Steuern¹⁾ je Praxisinhaber von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten
 im Vergleich zum Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit

	1963	1967	1971	1975	1979	1983
Ärzte	47 574	79 033	113 570	149 263	156 276	156 921
Zahnärzte	35 720	78 277	113 940	180 354	227 879	226 060
Bruttoeinkommen aus un- selbständiger Arbeit ²⁾	9 124	12 020	18 216	27 279	34 285	41 804 p
Faktor, um den das Ärz- teeinkommen das durch- schnittliche Bruttoeinkom- men aus unselbständiger Arbeit übersteigt	5,2	6,6	6,2	5,5	4,6	3,8
Faktor, um den das Zahn- ärzteeinkommen das durch- schnittliche Bruttoeinkom- men aus unselbständiger Arbeit übersteigt	3,9	6,5	6,3	6,6	6,6	5,4

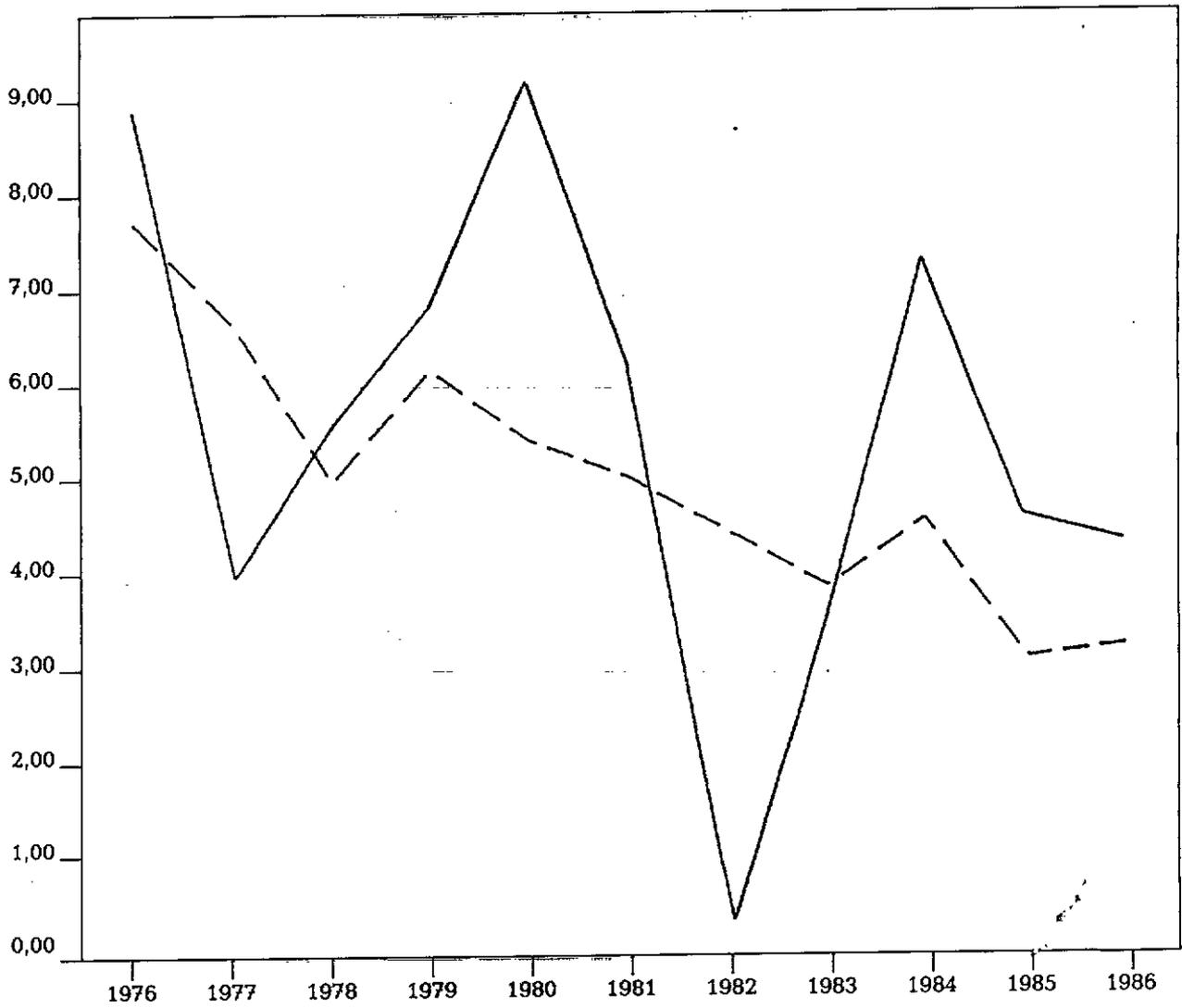
Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturstatistik, Fachserie 2 Reihe 1.6.1., und Berechnungen BMA

Anmerkungen: ¹⁾ Praxiseinnahmen einschließlich Privatpraxis minus Praxiskosten

²⁾ Einschließlich Sozialbeiträge der Arbeitgeber

Grafik 1

Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV insgesamt und des Grundlohns
in %

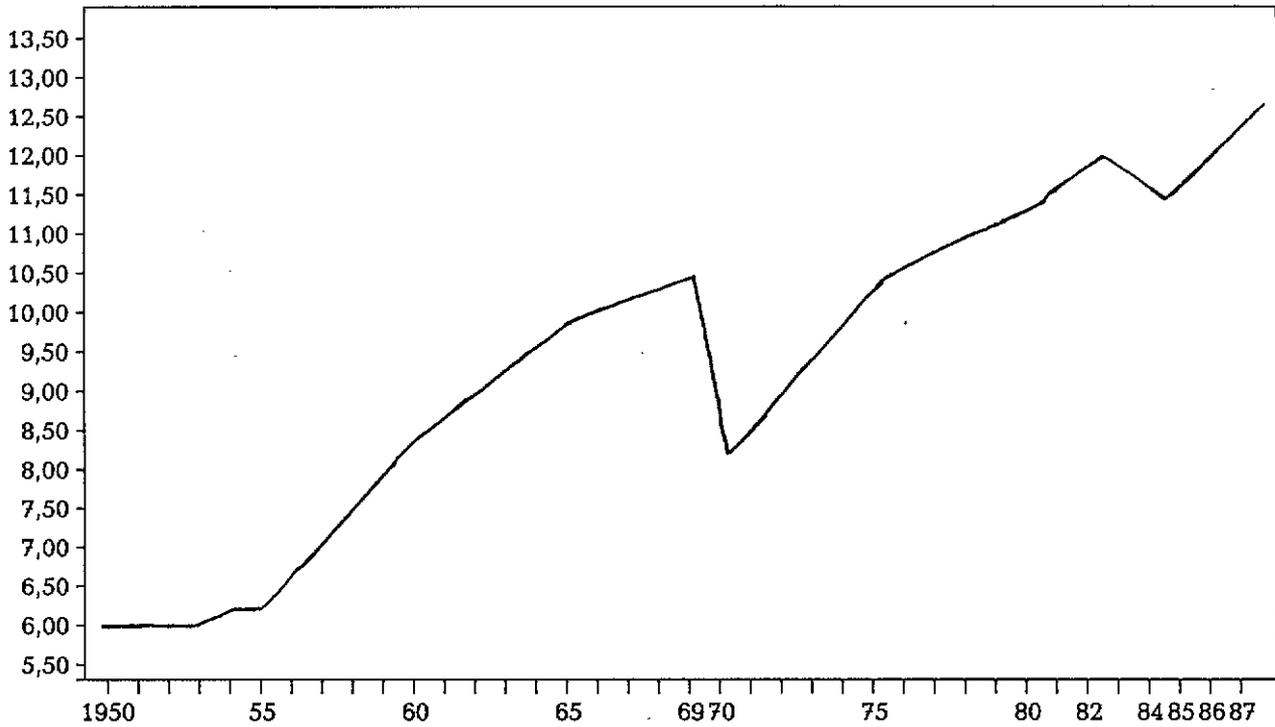


Veränderungsraten je Mitglied
— — Grundlohnsumme je Mitglied
—— Leistungsausgaben insgesamt je Mitglied

Beitragssatzentwicklung in der GKV seit 1950

— Jahresdurchschnitte —

— in % —



Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für sechs Wochen; bis 1969 Beitragssatz für Arbeiter ohne Entgeltfortzahlungsanspruch.

Quelle: BMA-Vordruck KM 1

10.06.88

Stellungnahme

des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im
Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Der Bundesrat hat in seiner 590. Sitzung am 10. Juni 1988
gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen,
/ zu dem Gesetzentwurf wie aus der Anlage ersichtlich
Stellung zu nehmen.

Anlage

S t e l l u n g n a h m e

zum

Entwurf eines Gesetzes
zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Zum Gesetzentwurf

1. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Bundesregierung, daß es dringend geboten ist, das Gesundheitssystem, dessen Kern das über 100jährige System der gesetzlichen Krankenversicherung ist, insgesamt zu reformieren. Er ist der Meinung, daß sich die Strukturreform im Gesundheitswesen an folgenden Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen orientieren muß:
 - an der Beseitigung der heute bestehenden Verwerfungen der Angebots- und Organisationsstrukturen,
 - an den sich verändernden demographischen Bedingungen in den kommenden Jahrzehnten,
 - an den in der jüngsten Vergangenheit bereits eingetretenen und den noch zu erwartenden Entwicklungen in der Medizin,
 - an den neuen Herausforderungen, insbesondere der wirksamen Bekämpfung der großen Volkskrankheiten,
 - an der vorgegebenen grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Gesundheitspolitik,
 - an dauerhaft stabilen Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Bundesrat begrüßt es, daß mit dem Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes ein Einstieg in eine Gesundheitspolitik erfolgt, die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens dauerhaft miteinander verbinden soll. Das hohe Niveau gesundheitlicher Versorgung wird gefestigt und durch den Abbau von Defiziten weiter ausgebaut. Es läßt die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft am medizinischen Fortschritt teilhaben.

Besonders positiv ist anzumerken, daß der Entwurf der Prävention einen besonderen Stellenwert im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einräumt.

Um dieses hohe Leistungsniveau auf Dauer zu erhalten, ist jeder gefordert, die Leistungserbringer ebenso wie der einzelne Versicherte. Der Entwurf betont deshalb zu Recht die Verbindung von Solidarität und Eigenverantwortung und fordert auch von den Leistungserbringern den notwendigen Beitrag.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die Ausgaben zwischen 1970 und 1986 um 375 % gewachsen. Besonders hohe Steigerungsraten verzeichneten die Teilbereiche Arzneien, Heil- und Hilfsmittel (+ 406 %), Krankenhaus (+ 523 %) und Zahnersatz (+ 728 %). Hingegen hat das Bruttosozialprodukt im gleichen Zeitraum um 189 % zugenommen. Die durchschnittlichen Beitragssätze der GKV sind zwischen 1970 und 1987 von 8,2 % auf 12,7 % angehoben worden.

Der Bundesrat geht mit der Bundesregierung davon aus, daß es auch aus der Sicht der Beitragszahler bei künftig weiter rückläufigem Anteil der aktiv Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung einer wirksamen Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge bedarf, um eine ausreichende gesellschaftliche Akzeptanz des Systems der sozialen Sicherung zu gewährleisten.

Im übrigen dürfen die Entlastungswirkungen der Steuerreform nicht durch Erhöhungen auf Seiten der Sozialabgaben ganz oder zu großen Teilen wieder aufgezehrt werden.

Ein wesentliches Element der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung bildet die Einführung von Festbeträgen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dadurch soll der Wettbewerb in der Pharmabranche sowie bei den Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln entscheidend belebt werden.

Die Bundesregierung wird gebeten, durch die Ausgestaltung der Festbetragsregelung ein Erlahmen oder Verlagern industrieller Forschungsaktivitäten ins Ausland zu verhindern.

Um die Forschungsfähigkeit, die internationale Wettbewerbsfähigkeit und damit langfristig die Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie zu sichern, bittet der Bundesrat die Bundesregierung zu prüfen, ob im Hinblick auf die lange Vorlaufzeit für die Entwicklung verkehrsfähiger Arzneimittel die derzeitige Regelung des Patentschutzes für Pharmaprodukte einer Neuordnung bedarf.

Des weiteren bittet der Bundesrat die Bundesregierung zu prüfen, wie über die im Entwurf eines Dritten Änderungsgesetzes zum Arzneimittelgesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus das Zulassungsverfahren für Arzneimittel weiter beschleunigt und mit den Fristen des Arzneimittelgesetzes in Einklang gebracht werden kann.

Aus der Zuständigkeit der Länder für die Gesundheitspolitik und der der Bundes für die Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich ein Spannungsverhältnis. Die notwendige Regionalisierung wird im vorliegenden Entwurf nach Auffassung des Bundesrates zu wenig berücksichtigt. Die Bedenken richten sich insbesondere gegen die zusätzlichen weitreichenden parallelen Kompetenzen bei stationärer Krankenversorgung.

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der Rückgang des Anteils der Arbeiter und der Anstieg des Anteils der Angestellten an der Erwerbsbevölkerung beträchtliche Auswirkungen auf die Organisations- und Strukturprobleme der gegliederten Krankenversicherung haben. Diese Veränderungen machen deshalb alsbald eine Organisationsreform der gegliederten Krankenversicherung erforderlich. Auch dabei muß an das Prinzip der Regionalisierung stärker als bisher angeknüpft werden.

2. Artikel 1 § 2 Abs. 2 nach Satz 2

In § 2 Abs. 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

" Die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung sowie Festbeträge gelten für andere öffentliche Kostenträger als Sachleistung."

Begründung:

Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29) sowie Festbeträge (§ 35) sind auf volle Kostendeckung angelegt. Zur Vermeidung einer nicht gerechtfertigten Bezuschussung ungedeckter Beträge nach arbeits- oder dienstrechtlichen Vorschriften (Beihilfrecht) ist eine Zuordnung zu den Sachleistungen erforderlich (wie § 72 Abs. 1 Satz 3). Ohne diese Zuordnung müßten die Länder im Wege der Beihilfegewährung zum Ausgleich von Einsparungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Haushaltsmittel bereitstellen.

3. Artikel 1 § 4 Abs. 3

§ 4 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

"(3) Die Krankenkassen und ihre Verbände sind im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen Leistungserbringern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten."

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an § 86 SGB X und Klarstellung des Gewollten.

4. Artikel 1 § 4 Abs. 4

In § 4 Abs. 4 sind die Worte "bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren" durch die Worte "ihre Aufgaben und ihre Verwaltungsangelegenheiten unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an § 69 Abs. 2 SGB IV.

5. Artikel 1 § 4 Abs. 4

In § 4 Abs. 4 ist folgender Satz anzufügen:

"Maßnahmen der Werbung und Selbstdarstellung sind unzulässig."

Begründung:

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden in zunehmendem Maße mit Auswüchsen bei der Mitgliederwerbung und der Selbstdarstellung bei Krankenkassen konfrontiert, die mit dem Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft unvereinbar sind. Es bedarf deshalb der Klarstellung, daß derartige Maßnahmen nicht auf die Verpflichtung zur Aufklärung der Bevölkerung über ihre Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch gestützt werden können.

6. Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 4

In § 6 Abs. 1 sind an Nummer 4 folgende Worte anzufügen:

"wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,".

Begründung:

Auch für Geistliche sollte Versicherungsfreiheit nur dann bestehen, wenn sie ebenso wie Beamte und Lehrer (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 2 und 5) bei Krankheit die genannten Leistungen beanspruchen können. Dies entspricht im Ergebnis dem geltenden Recht (§ 169 Abs. 1 Satz 2 RVO), das insoweit auch nicht geändert werden sollte.

7. Artikel 1 § 6 nach Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1

- a) In § 6 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, soweit sie ihren Rentenanspruch aus der Versicherung dieser Personen ableiten, wenn ihnen ein Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben."

- b) In § 6 Abs. 2 Satz 1 sind nach den Worten "mit Ausnahme von" die Worte "Absatz 1a und " einzufügen:

Begründung:

zu a:

Die in § 6 Absatz 1 Nummern 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, da sie im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bzw. Anspruch auf Heilfürsorge haben. Es ist konsequent, auch Hinterbliebene, die von diesen Personen einen Rentenanspruch ableiten, insoweit von der Krankenversicherung der Rentner freizustellen.

zu b:

Es wird klargestellt, daß für die im neuen Absatz 1a genannten Hinterbliebenen Absatz 2 keine Anwendung findet, soweit sie nicht unter Absatz 1 fallen, sondern nur infolge ihres abgeleiteten Rentenanspruchs versicherungsfrei sind.

8. Artikel 1 § 8 Abs. 1

§ 8 Abs. 1 ist vor Nummer 1 wie folgt zu fassen:

"(1) Wer bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und aus dieser Versicherung für sich und seine Familienangehörigen, die nach § 10 versichert sind, Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen dieses Buches bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit entsprechen, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wenn er versicherungspflichtig wird (weiter wie Vorlage)".

Begründung:

Die in § 8 Abs. 1 aufgeführten Personen unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht. Ihre Befreiung ist deshalb nur gerechtfertigt, wenn sie über einen anderweitigen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Deshalb muß es beim geltenden Recht bleiben, das für diesen Personenkreis zur Bedingung macht, daß sie bei einem Krankenversicherungsunternehmen einen gleichwertigen Versicherungsschutz genießen. Dies muß um so mehr gelten, weil mit dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht auch über den Versicherungsschutz der Familienangehörigen mit entschieden wird.

9. Artikel 1 § 9 Abs. 1 Nr. 4

In § 9 Abs. 1 Nr. 4 sind die Worte "; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen" zu streichen.

Begründung:

Nachdem die erschwerende Voraussetzung, daß die Satzung den Beitritt zur Versicherung von einer bestimmten Altersgrenze abhängig machen kann, grundsätzlich wegfallen soll, sollte auch bei Schwerbehinderten auf eine Altersgrenze verzichtet werden.

10. Artikel 1 §§ 9 Abs. 1 und 2, 197 Abs. 2

- a) In § 9 Abs. 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 6 anzufügen:

"6. Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung (§ 351 der Reichsversicherungsordnung) gilt."

- b) In § 9 Abs. 2 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 6 anzufügen:

"6. im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 nach Beginn des Dienstverhältnisses."

- c) In § 197 Abs. 2 ist die Zahl "5" durch die Zahl "6" zu ersetzen.

Begründung:

zu a:

Artikel 54 Abs. 1 Nr. 3 räumt diesem Personenkreis übergangsweise ein Beitrittsrecht ein. Es soll jedoch wegen der Besonderheit der Dienstverhältnisse ein Beitrittsrecht auf Dauer eingeräumt werden. Vgl. auch die Möglichkeit der Teilkostenerstattung in Artikel 1 § 14.

zu b und c:

Folgeänderungen.

11. Artikel 1 §§ 9 Abs. 1 und 2, 194 Abs. 2, 197 Abs. 2

a) In § 9 Abs. 1 ist nach Nummer 6 -neu- folgende Nummer 7 anzufügen:

"7. Handwerker, die bei Errichtung einer Innungskrankenkasse Mitglied einer Trägerinnung sind oder bei Vereinigung einer Trägerinnung mit einer anderen Handwerksinnung dieser als Innungsmitglied angehören oder einer Trägerinnung als Innungsmitglied beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung nicht übersteigt; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen."

b) In § 9 Abs. 2 ist nach Nummer 6 -neu- folgende Nummer 7 anzufügen:

"7. im Falle des Absatzes 1 Nr. 7 nach Errichtung der Innungskrankenkasse oder nach Vereinigung der Handwerksinnung mit einer Trägerinnung oder nach Beitritt zu einer Trägerinnung."

Als Folgen sind

- in § 194 Abs. 2 nach der Zahl "9" die Worte "Abs. 1 Nr. 1 bis 6" einzufügen,

- in § 194 nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 werden Mitglied der Innungskrankenkasse, die für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten zuständig ist oder wäre."

- in § 197 Abs. 2 die Zahl "5" durch die Zahl "7" zu ersetzen.

Begründung:

Da die selbständigen Handwerker als Innungsmitglieder bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen haften, sollten sie auch die Möglichkeit der Mitgliedschaft bei dieser Kasse haben.

Um Mißbrauch zu verhindern, sollte jedoch kein jederzeitiger Beitritt zur Versicherung je nach momentaner Vorteilhaftigkeit möglich sein. Deshalb sieht die Regelung den Beitritt nur für den Zeitpunkt vor, in dem der selbständige Handwerker erstmals die Möglichkeit erhält, der für seinen Handwerksbetrieb zuständigen Innungskrankenkasse beizutreten.

12. Artikel 1 § 14 nach Abs. 2

In § 14 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

"(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Personen, die am 1. Januar 1989 freiwillig versichert sind und die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben, sowie für Empfänger von Ruhegehalt oder ähnlichen Bezügen, die bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben."

Begründung:

Die im Referentenentwurf enthaltene Regelung soll wieder eingefügt werden, da auch für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Beamte eine erträgliche Übergangsregelung geschaffen werden muß. Dieser Personenkreis würde durch das Ausklammern in einer Übergangsregelung ungerechtfertigt hart getroffen, zumal ältere Beamte einen Wechsel in die private Krankenversicherung kaum noch vornehmen können.

13. Artikel 1 § 15 nach Abs. 2

In § 15 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) In den Kranken- oder Berechtigungsschein sind neben der Bezeichnung der Krankenkasse Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus sowie der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden."

Begründung:

Die Änderung ist aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich.

14. Artikel 1 § 16 Nr. 4

In § 16 Abs. 1 Nr. 4
sind nach den Worten "oder freiheitsentziehende Maß-
regel der Besserung und Sicherung"
die Worte "nach § 61 Nr. 3 Strafgesetzbuch"
einzufügen.

Begründung:

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 des Entwurfes ruht
der Anspruch auf Leistungen, solange Ver-
sicherte infolge einer freiheitsentziehenden
Maßregel der Besserung und Sicherung unterge-
bracht sind. Diese Regelung trägt der Tatsache,
daß die Einweisung in den Maßregelvollzug
in den Fällen des § 61 Nr. 1 und 2 StGB
eine behandlungsbedürftige

psychiatrische Erkrankung einschließlich
einer Abhängigkeitskrankheit voraussetzt,
nicht hinreichend Rechnung. Es kann kein
Zweifel daran bestehen, daß die krankhaften
Störungen, die die Rechtsverletzungen dieser
Patienten auslösen, dem gesamten Spektrum von
Krankheitsbildern in der Allgemeinpsychiatrie
voll vergleichbar sind.

Der Ausschluß von allen Leistungen im Rahmen
der Krankenversicherung ist damit in den Fällen
des § 61 Nr. 1 und 2 Strafgesetzbuch nicht
gerechtfertigt.

15. Artikel 1 § 20 Abs. 1 Satz 2

Die Bundesregierung wird gebeten, im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Sollvorschrift in § 20 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfes konkreter gefaßt werden kann.

Ohne eine Konkretisierung dieser Vorschrift müßte die umfassende Vorgabe, den Ursachen von Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken, zu einer Überforderung der Krankenkassen führen. Den "Ursachen nachgehen" könnte von Untersuchungen im Betrieb bis zur wissenschaftlichen Erforschung von Krankheitsursachen reichen. Mit dem Hinwirken auf eine Beseitigung von Gesundheitsschäden könnte die Entwicklung entsprechender Programme und Umsetzungsstrategien für Gefährdungspotentiale verbunden werden, wie sie aus der Umwelt, der Wohnumwelt, der Arbeitswelt, dem Verkehr, der Freizeitgestaltung und vielem anderen resultieren können. Eine derartige Aufgabenstellung könnte auch im Zusammenhang mit § 20 Abs. 4 zu beträchtlichen Kompetenzkonflikten führen.

16. Artikel 1 § 20 Abs. 3

In § 20 Abs. 3 sind nach den Worten "zuständigen Stellen" die Worte "insbesondere mit den Gesundheitsämtern," einzufügen.

Begründung:

Die Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen, die gemäß Absatz 1 Inhalt der Gesundheitsförderung sein soll, ist nach geltendem Landesrecht aller Bundesländer eine Aufgabe der Gesundheitsämter. Die Ergänzung soll verdeutlichen, daß diese Zuständigkeit unberührt bleibt und die Krankenkassen verpflichtet, insbesondere mit den Gesundheitsämtern zusammenzuarbeiten.

17. Artikel 1 § 20 Abs. 3

In § 20 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

"Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen; diese sind für die Krankenkassen verbindlich."

Begründung:

Die Leistungen in § 20 sind ihrer Art nach nicht auf Versicherte einzelner Kassen bezogen. Daher muß die Möglichkeit geschaffen werden, auf Landesebene kassenübergreifende gemeinsame Maßnahmen und deren Finanzierung durch Rahmenvereinbarung zu regeln. Dies ermöglicht auch, die in den Ländern jeweils bestehenden Verhältnisse zu berücksichtigen.

18. Artikel 1 § 21 Abs. 1 Satz 1, § 22 Abs. 1

a) In § 21 Abs. 1 Satz 1 ist das Wort "vierzehnte" durch das Wort "zehnte" zu ersetzen.

b) § 22 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Versicherte, die das zehnte, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Behandlung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen."

Begründung zu a und b:

Ab dem 10. Lebensjahr ist zur Vermeidung von stärkeren Kariesschäden des Gebisses nur eine Individualprophylaxe sinnvoll.

Nach einer regelmäßigen Durchführung der Gruppenprophylaxe bis zum 10. Lebensjahr hat für das Alter der 10- bis 18jährigen zur Vermeidung von Kariesschäden am Gebiß nur eine Individualprophylaxe Sinn. Da im Alter der 10- bis 14jährigen eine

Gruppenprophylaxe kaum durchführbar ist, muß der Beginn der Individualprophylaxe auf das 10. Lebensjahr abgesenkt werden. Damit keine zusätzlichen Kosten entstehen, wird die Obergrenze für den Zeitraum der Individualprophylaxe von dem 25. auf das 18. Lebensjahr abgesenkt. Es ist zu erwarten, daß ab dem 18. Lebensjahr der Bürger sich selbst in ausreichender Weise auch um seine Zahngesundheit kümmern wird.

19. Artikel 1 § 21 nach Abs. 2

In § 21 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

"(3) Hierzu schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen; diese sind für die Krankenkassen verbindlich."

Begründung:

Der Entwurf trifft keine Bestimmungen über die Einzelheiten der Durchführung der gemeinsamen Gruppenprophylaxemaßnahmen. Diese sollen daher in einem Absatz 3 geregelt werden. Die Regelung ist Spezialnorm gegenüber § 20. Leistungen der zahngesundheitlichen Gruppenprophylaxe können daher nur einheitlich und gemeinsam erbracht werden. Dementsprechend sieht die Regelung in Absatz 3 die Verpflichtung der Kassenverbände vor, auf Landesebene für die Krankenkassen verbindliche Rahmenvereinbarungen zu schließen.

20. Artikel 1 § 24 Abs. 1 Satz 2

§ 24 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) einen Zuschuß vorsehen, der fünfzehn Deutsche Mark täglich nicht unterschreiten soll."

Begründung:

Durch die Neufassung soll sichergestellt werden, daß ein Mindestzuschuß gewährt wird, der zur teilweisen Deckung der übrigen Kosten dienen soll.

21. Artikel 1 nach § 26

Nach § 26 ist folgender § 26 a einzufügen:

"§ 26 a

Untersuchung auf HIV-Antikörper

Versicherte haben Anspruch auf eine Untersuchung auf HIV-Antikörper, wenn konkrete anamnestische Hinweise auf eine Infektion vorliegen."

Begründung:

Die Durchführung von Untersuchungen auf HIV-Antikörper im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, auch in anamnestisch begründeten Fällen, stellt eine notwendige Ergänzung des Angebots unentgeltlicher und auf Wunsch anonymer Tests durch den öffentlichen Gesundheitsdienst dar.

22. Artikel 1 § 27 ff. (Bessere Versorgung
psychisch Kranker)

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob die speziellen Fragen der medizinischen Versorgung psychisch Kranker im Gesetz berücksichtigt werden können.

Die Bundesregierung weist in der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich auf die Notwendigkeit gesetzgeberischer Maßnahmen hin, die sich von den Zielen

- einer gemeindenahen Versorgung
- der Gleichbehandlung psychisch und somatisch Kranker
- und der Stärkung des ambulanten und komplementären Bereiches

leiten lassen muß.

Falls die auch von der Bundesregierung für notwendig gehaltenen Regelungen nicht mit der Strukturreform im Gesundheitswesen aufgegriffen werden, ist zu befürchten, daß die nach wie vor unbefriedigende Versorgungssituation psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken über diese Legislaturperiode hinaus bestehen bleiben wird.

Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und auch der Regierungsentwurf werden den Belangen der psychisch Kranken nur unzureichend gerecht, weil sie primär auf die somatischen Erkrankungsformen abgestellt sind. Psychische Erkrankungen erfordern ein anderes Leistungsspektrum als somatische Erkrankungen. Dies sollte bei der Gesetzgebung zur Strukturreform im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Dabei sollte der allgemein anerkannte Nachholbedarf der psychiatrischen Versorgung soweit wie möglich beseitigt und der Grundsatz der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken besser verwirklicht werden. Im einzelnen sollte sich die Prüfung insbesondere auf folgende Fragen erstrecken:

1. Häusliche Krankenpflege (§ 36):

Grund- und Behandlungspflege sind Begriffe, die sich vor allem auf somatische Erkrankungen beziehen. Behandlungsziele der häuslichen Krankenpflege psychisch Kranker können entsprechend den Entwürfen der Expertenkommission der Bundesregierung u.a. folgende sein:

- Befähigung zur eigenständigen Inanspruchnahme der notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung,
- Abbau unzureichender Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme durch Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Einübung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit den Psychopharmaka,
- Hilfen zur möglichst eigenverantwortlichen krankheitsgerechten Gestaltung des Alltags und
- Reaktivierung der krankheitsbedingt eingeschränkten Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung.

2. Pflegehilfe für Pflegebedürftige (§§ 52 ff):

Die Pflegehilfe sollte bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Leistungsgewährung auch die therapeutischen Dienstleistungen umfassen, die für psychiatrische Pflegefälle notwendig sind und sich von der somatischen Pflegehilfe wesentlich unterscheiden.

3. Sozialpsychiatrische Dienste:

Mit Hilfe sozialpsychiatrischer Dienste kann in vielen Fällen die psychische Gesundheit erhalten, wiederhergestellt oder der Gesundheitszustand verbessert werden. Es wäre daher gerechtfertigt, daß die Kosten dieser Dienste insoweit von den Krankenkassen übernommen werden, als es sich um therapeutische Leistungen handelt. Dabei sollte eine Pauschalierung der Kosten angestrebt werden. Weitere Leistungen - Belastungserprobung, Arbeitstherapie (vgl. § 41 Gesetzentwurf) - sollten ambulant in psychiatrischen Einrichtungen, wie z.B. Tagesstätten erbracht werden.

4. Betreuung psychisch Kranker in Wohngemeinschaften:

Aufenthalte in Wohngemeinschaften, auch im sogenannten betreuten Einzelwohnen, sind wesentlich kostengünstiger als in der stationären Psychiatrie. Viele psychisch Kranke könnten in Wohngemeinschaften oder in betreutem Einzelwohnen leben, wenn die Betreuung dort ausreichend sichergestellt wäre. Im Gesundheits-Reformgesetz sollte daher verankert werden, daß die häusliche Krankenpflege und häusliche Pflegehilfe bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen auch die Betreuung in Wohngemeinschaften umfaßt.

5. Rehabilitation psychisch Kranker:

Psychisch Kranke bedürfen häufig gleichzeitig der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, wie dies etwa in den Übergangseinrichtungen bereits durchgeführt wird bzw. wie dies in den neuen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke vorgesehen ist. Die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation durch die Kassen sollte im Gesundheits-Reformgesetz zweifelsfrei geregelt sein. Dies ist im vorliegenden Entwurf noch nicht der Fall.

23. Artikel 1 § 27

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob auch die homologe Insemination (künstliche Samenübertragung zwischen Eheleuten) als Kassenleistung vorgesehen werden sollte.

24. Artikel 1 §§ 29 und 30

Die Bundesregierung wird gebeten, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob bei der kieferorthopädischen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz anstelle des Kostenerstattungsprinzips das Sachleistungsprinzip beizubehalten wäre oder zumindest bei der Einführung des Kostenerstattungsprinzips die wirtschaftliche Situation noch stärker berücksichtigt werden könnte.

25. Artikel 1 § 30 Abs. 1 und 5

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen,

- ob eine Aufstockung des "Grundzuschusses" nach § 30 Abs. 1 (verhaltensunabhängiger Zuschuß) als Übergangsregelung für die Zeit vom 1. Januar 1989 bis 31. Dezember 1993 bzw. 31. Dezember 1989 nicht sachgerechter wäre, da der Versicherte durch sein Verhalten (bessere Zahnpflege) erst ab 1. Januar 1989 auf die Zuschußhöhe für Zahnersatz Einfluß nehmen und erst ab 1. Januar 1994 bzw. 1. Januar 1999 in den Genuß der Bonusregelung nach § 30 Abs. 5 kommen kann,
- inwieweit verhaltensunabhängige (bessere Zahnpflege) Zahnerkrankungen, die Zahnersatz bedingen, einer Sonderregelung bedürfen,
- die Nachteile bei Versicherten vermieden werden können, die keine Möglichkeiten haben, den Vorteil des Bonussystems nach § 30 Abs. 5 zu nutzen.

26. Artikel 1 § 30 Abs. 2 nach Satz 3

In § 30 Abs. 2 ist nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

"Dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung mit einzubeziehen."

Begründung:

Der Sachverstand der Zahntechniker soll in die zu treffenden Entscheidungen mit einbezogen werden. Die Regelung lehnt sich an § 35 Abs. 4 Satz 4 an, der den Leistungserbringern eine Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Festlegung von Festbeträgen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel einräumt.

27. Artikel 1 § 30 Abs. 5

In § 30 Abs. 5 sind die Worte "10 Prozentpunkte" durch die Worte "15 Prozentpunkte" und die Worte "15 Prozentpunkte" durch die Worte "20 Prozentpunkte" zu ersetzen.

Begründung:

Die Versicherten sollen motiviert werden, daß sie ihre Zähne besser pflegen. Die Bonusregelung nach § 30 Abs. 5 ist daher derart auszugestalten, daß ausreichende Anreize für den Versicherten vorliegen, Zahnpflege zu betreiben.

28. Artikel 1 § 31 Abs. 4

In § 31 Abs. 4 ist die Zahl "1991" durch die Zahl "1993" zu ersetzen.

Begründung:

Mit der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel wird Neuland betreten. Es handelt sich um eine schwierige und zeitaufwendige Aufgabe. Der Zeitraum von 2 Jahren, in dem als Übergangslösung eine Zuzahlung von 3 DM für solche Arzneimittel zu leisten ist, für die kein Festbetrag besteht, erscheint deshalb zu kurz. Er sollte auf 4 Jahre verlängert werden.

29. Artikel 1 § 32 Abs. 2 Satz 2

In § 32 Abs. 2 Satz 2 sind vor dem Wort "jeweils" die Worte "Kosten in Höhe der" einzufügen.

Begründung:

Redaktionelle Klarstellung.

30. Artikel 1 § 32 Abs. 3

In § 32 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

"Bei ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren erfolgt die Zuzahlung je Verordnungseinheit."

Begründung:

Die in § 32 Abs. 3 Satz 1 vorgesehene Zuzahlung von vier Deutschen Mark führt dazu, daß bei jeder einzelnen Heilmittelabgabe, also beispielsweise jeder Massage, jedem Wannenbad, jeder Inhalation usw. vier Deutsche Mark zuzuzahlen sind. Bei rd. 40 Kuranwendungen im Rahmen einer ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskur bedeutet dies, daß auf den Kurgast eine zusätzliche Belastung in Höhe von 160,-- DM zukommen würde. Bei Kneippkuren können noch höhere zusätzliche Belastungen auftreten.

Die ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskur mit Kurplan ist als eine Einheit anzusehen; insofern ist auch eine andere Behandlung der Heilmittel bei Kuren im Unterschied zu Heilmitteln im Rahmen der ambulanten Behandlung am Wohnort geboten.

31. Artikel 1 § 33 Abs. 1

In § 33 ist Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

"Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Ausgleich einer Behinderung erfolgt unabhängig davon, ob dem Eintritt einer Krankheit oder ihrer Verschlimmerung durch Kontrolle entgegengewirkt werden kann."

b) In Satz 2 sind nach dem Wort "Anspruch" die Worte "nach Satz 1" einzufügen.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 13. Mai 1982 - 8 RK 8/81 - die Einmalwindeln den Hilfsmitteln i.S. des § 182 b RVO zugerechnet, einen Leistungsanspruch aber nur dann bejaht, wenn sich der Betreffende hinsichtlich des Stuhl- und Harnabgangs nicht bemerkbar machen kann. Eine derartige Einschränkung bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ist nicht vertretbar. Allen Inkontinenten sind zum Ausgleich ihrer Behinderung Pflegehilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für in Heimen untergebrachte Inkontinente, denen mit Hinweis auf die Kontrollmöglichkeit des Pflegepersonals die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln von den Krankenkassen verweigert wird.

32. Artikel 1 § 33 Abs. 3 Satz 2

In § 33 Abs. 3 Satz 2 sind vor dem Wort "jeweils" die Worte "Kosten in Höhe der" einzufügen.

Begründung:

Redaktionelle Klarstellung.

33. Artikel 1 § 34 Abs. 4

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, dafür Sorge zu tragen, daß die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durch die Arzneimittelhersteller einer gerichtlichen Nachprüfung unterzogen werden können.

34. Artikel 1 § 35 Abs. 1

Nach Auffassung des Bundesrates stößt die Bildung von Arzneimittelgruppen mit

- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und
- pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien

auf erhebliche fachliche Schwierigkeiten. Es fehlen bisher medizinisch-wissenschaftlich eindeutige Kriterien für die Bildung dieser Gruppen; außerdem kann die Möglichkeit der therapeutischen Substitution eine qualifizierte Patientenversorgung beeinträchtigen.

Der Bundesrat bittet daher, die o.a. Bestimmung im weiteren Gesetzgebungsverfahren hinsichtlich folgender Gesichtspunkte eingehend zu überprüfen:

1. Realisierbarkeit anhand eindeutiger medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien
2. Auswirkungen auf die ärztliche Therapie
3. Auswirkungen auf die Forschungs- und Innovationsfähigkeit der Arzneimittelhersteller.

35. Artikel 1 § 35

Der Bundesrat geht davon aus, daß auch künftig ein einheitlicher Apotheken-Abgabepreis für apothekenpflichtige Arzneimittel gewährleistet ist. Der einheitliche Apotheken-Abgabepreis für Arzneimittel ist gesundheitspolitisch unverzichtbar, da er die Gefahr einer Ausweitung des Arzneimittelverbrauchs aufgrund eines Preiswettbewerbs zwischen den Apotheken ausschaltet und darüber hinaus einen gewissen Ausgleich für die Vielzahl öffentlich rechtlicher Verpflichtungen darstellt, mit denen die Apotheken aus Gründen der Arzneimittelsicherheit belastet sind.

36. Artikel 1 nach § 35

Nach § 35 ist folgender § 35 a einzufügen:

"§ 35 a

Sozialpsychiatrische Behandlung

(1) In Institutionen, die medizinische und soziale Leistungen oder Leistungen zur Wiedereingliederung erbringen, erhalten Versicherte auf ärztliche Verordnung Leistungen der medizinischen Behandlung oder Rehabilitation. Zu solchen Einrichtungen gehören u.a. sozial-psychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sowie Tagesstätten.

(2) Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden durch Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation.

(3) Die Vergütung wird zwischen den Krankenkassen und dem Träger der Einrichtung vereinbart. Sie wird pauschaliert."

Begründung:

Sozialpsychiatrische Institutionen wie psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten und auch sozial-psychiatrische Dienste ergänzen im Vor- und Nachsorgebereich das Aufgabenspektrum der wichtigsten Träger ambulanter Versorgung, wie niedergelassene Nervenärzte, Psychotherapeuten und psychiatrische Institutsambulanzen. Die sozialpsychiatrischen Institutionen erstrecken ihre Tätigkeit auf Menschen mit unterschiedlichen psychosozialen Schädigungen. Bei vielen Menschen liegen objektive Beeinträchtigungen im Sinne des Krankheitsbegriffs der

Reichsversicherungsordnung vor. Das Angebot der sozial-psychiatrischen Institutionen richtet sich im Rahmen der Vorsorge an Patienten, um die bestehende ambulante medizinische Versorgung zu ergänzen oder schrittweise herbeizuführen. Im Rahmen der Nachsorge wenden sie sich an Patienten mit ein- oder mehrfachen Krankenhausaufenthalten.

Die Bündelung von Aufgaben in sozial-psychiatrischen Institutionen, die medizinische und soziale und/oder Leistungen zur Wiedereingliederung erbringen, steht dem gegliederten Leistungsrecht, das die eindeutige Zuordnung auf einen Kostenträger in der Regel verlangt, entgegen. Es gibt noch keine Regelung für eine anteilige Institutsfinanzierung durch mehrere Leistungsträger, die der heterogenen Aufgabenstellung und der wechselseitigen Durchdringung der verschiedenen Leistungen angemessen wäre.

Die Mitwirkung nichtärztlicher Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Institutionen entspricht den vielfältigen Erfahrungen, die auch mit dem Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung bestätigt worden sind.

Mit § 35 a soll die anteilige Finanzierung durch die Krankenkassen erreicht werden. Wegen des ansonsten unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwandes ist es zweckmäßig, die Vergütung entsprechend dem jeweiligen institutionellen Angebot zu pauschalieren.

Es ist erstrebenswert, das Angebot der sozialpsychiatrischen Institutionen vor Ort möglichst unter einer Trägerschaft zusammenzufassen.

37. Artikel 1 § 36 nach Abs. 4

In § 36 ist nach Absatz 4 folgender Absatz 5 anzufügen:

"(5) Bei psychiatrischen Erkrankungen gelten Absätze 1 bis 4 auch für die sozialpsychiatrische Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen. Sie kann auch durch Sozialarbeiter und andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation erbracht werden. Für die Dauer der sozialpsychiatrischen Krankenpflege ist das ärztliche Zeugnis maßgeblich."

Begründung

Der in § 36 neu einzufügende Absatz 5 dient zunächst der Klarstellung, daß auch sozialpsychiatrische Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen den Leistungen der häuslichen Krankenpflege zuzurechnen ist. Ferner wird festgestellt, daß auch Sozialarbeiter und andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation zur Leistungserbringung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege berechtigt sind. Dies ist erforderlich, da die besonderen Anforderungen bei dieser Betreuung oft nur auf der Grundlage der fachlichen Qualifikation einer

Fachhochschulausbildung und teilweise auch nur mit zusätzlicher therapeutischer Weiterbildung bewältigt werden kann.

Zum Aufgabenbereich häuslicher psychiatrischer Krankenpflege gehören Hausbesuche mit beratenden Gesprächen und konkreten Hilfestellungen zu Aktivitäten des täglichen Lebens. Hinzu kommen u.a. Krisenintervention, Motivation zur eigenen Medikamenteneinnahme, Ernährungsberatung, frühzeitiges Erkennen von Krisen im Krankheitsverlauf, Aufrechterhaltung von Kontakten sowie Erarbeitung einer Tages- und Wochenstruktur im lebenspraktischen Bereich. Ziel der Betreuung ist die Aktivierung, Stabilisierung und Verselbständigung der Kranken und Behinderten. Dies erfordert auch den Abbau von Folgeschäden durch Krankheit und langem Krankenhausaufenthalt, wie z.B. die Überwindung von Versagensängsten, die Förderung des Selbstvertrauens, die Steigerung der sozialen Kompetenz zwecks Wiedereingliederung in Gesellschaft und Beruf. Alle diese erwähnten Tätigkeiten sind als nichtärztliche Anteile der medizinischen Rehabilitation anzusehen und fallen damit in die Zuständigkeit der Krankenkassen. Naturgemäß handelt es sich dabei um längerfristige Prozesse. Gerade psychisch Kranke können in der Regel nur im Rahmen einer längerfristigen Betreuung soweit stabilisiert werden, daß stationäre Krankenhauspflege vermieden werden kann.

38. Artikel 1 § 37 Abs. 1 Satz 2

In § 37 Abs. 1 ist in Satz 2 das Wort "achte" durch das Wort "zwölfte" zu ersetzen.

Begründung:

Die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt endet nicht mit dem vollendeten achten Lebensjahr, sondern dauert in der Regel bis über das zwölfte Lebensjahr hinaus. Im Interesse ihrer Effektivität muß die Regelung diesem Umstand Rechnung tragen. Dasselbe gilt für behinderte und auf Hilfe angewiesene Familienangehörige, die im Haushalt leben.

39. Artikel 1 § 38 Abs. 1 Satz 3

In § 38 Abs. 1 Satz 3 sind die Worte "des Versorgungsauftrags" durch die Worte "der Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit" zu ersetzen.

Begründung:

Der Begriff "Versorgungsauftrag" ist im Hinblick auf einzelne konkrete Leistungen der Diagnostik und Therapie nicht ausreichend bestimmbar. Eine zweifelsfreie Zuordnung einzelner Leistungen ist nicht möglich.

40. Artikel 1 § 38 Abs. 3, § 81 Abs. 4

§ 38 Abs. 3 ist zu streichen.

Als Folge ist § 81 Abs. 4 Satz 4 zu streichen.

Begründung:

Das vorgesehene Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte soll nach der Begründung des Gesetzentwurfs in erster Linie dazu dienen, dem Arzt einen raschen Überblick über die in Betracht kommenden Krankenhäuser zu verschaffen, damit verstärkt preisgünstige Krankenhäuser in Anspruch genommen werden. Genau an diesem Punkt liegt die Problematik des Vorschlags. Die Pflegesätze des Krankenhauses sind keine Preise, sondern lediglich eine Verrechnungseinheit auf das Budget. Sie lassen insofern keine Rückschlüsse auf Kosten und Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenhauses zu. Wegen ihres

pauschalen Charakters besteht ebenso zwischen den Pflegesätzen und den im Einzelfall zu erbringenden Leistungen kein Zusammenhang. Es geht daher an der Sache vorbei, vom Vergleich der Pflegesatzhöhe auf Preiswürdigkeit schließen zu wollen.

Vor diesem Hintergrund ist die mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbundene Entwicklung und ständige Anpassung eines Verzeichnisses der Leistungen und Entgelte für sämtliche zugelassene Krankenhäuser im Land nicht zu vertreten.

Darüber hinaus ist die Gefahr nicht auszuschließen, daß eine strikte Orientierung ärztlicher Einweisungspraxis an einem solchen Verzeichnis zu kontraproduktiven Ergebnissen führen kann. Belegungsveränderungen können dazu führen, daß in ohnehin bereits gut belegte Krankenhäuser noch verstärkt eingewiesen wird und im Zusammenhang damit die Belegung anderer, unter Umständen sogar noch leistungsfähigerer Krankenhäuser zurückgeht.

41. Artikel 1 § 39 Abs. 3

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, daß bei einer Anschlußheilbehandlung der unmittelbare Übergang vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung weiterhin gewährleistet wird. Die für einen Rehabilitationserfolg wertvollste Zeit im unmittelbaren Anschluß an ein Akutereignis sollte nicht wegen eines Prüfverfahrens durch den Medizinischen Dienst verloren gehen.

42. Artikel 1 § 39 Abs. 5

In § 39 Abs. 5 Satz 1 ist der Halbsatz ", die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden," zu streichen.

Begründung:

Die Bestimmung steht in Widerspruch zu § 119 Abs. 1 und verwässert den Abgrenzungsversuch zwischen Krankenhausbehandlung einerseits und Rehabilitationsleistungen andererseits.

Es ist unlogisch, wenn § 39 Abs. 5 davon ausgeht, daß medizinische Rehabilitationsmaßnahmen anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können, gleichzeitig in § 115 Rehabilitation aber so verstanden wird, daß sie "eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordert".

Durch die beantragte Streichung wird einerseits dieser Widerspruch aufgelöst, andererseits die Abgrenzung der beiden Bereiche verbessert, was auch ein Anliegen des Entwurfs ist, vgl. § 115.

43. Artikel 1 nach § 39

Nach § 39 ist folgender § 39 a einzufügen:

"§ 39 a

Rehabilitationseinrichtungen für
psychisch Kranke und Behinderte

Psychisch Kranke und seelisch Behinderte, die nicht oder nicht mehr einer Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten zeitlich begrenzt neben stationärer Unterkunft und Verpflegung Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können bis zu einem Jahr dauern. Nach Ablauf von sechs Monaten ist eine Überprüfung vorzusehen."

Begründung:

Die Notwendigkeit, psychisch Kranken und Behinderten in Übergangseinrichtungen Rehabilitationschancen zu eröffnen, bedarf einer Ausformulierung im Gesetz. Mit dem neu einzufügenden § 39 a wird eine Regelung getroffen, die dem gerecht werden soll. Die Verweisung von psychisch Kranken und Behinderten auf Kurmaßnahmen und in aller Regel gemeindeferne anerkannte Kurorte, wie sie im § 39 vorgesehen wird, ermöglicht keine den besonderen Betreuungsbedürfnissen psychisch Kranker und Behinderteter angemessenen Behandlungsangebote.

Die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 ermöglicht derartige Maßnahmen nur einem sehr begrenzten Kreis von psychisch Kranken und Behinderten. Dies ergibt sich bereits aus ihrem Anforderungsprofil. Die Zugangsvoraussetzung der sicheren Prognose des Verfügbarwerdens für den allgemeinen Arbeitsmarkt in relativ kurzer Zeit wird nur von wenigen Patienten erfüllt werden können. Die finanzierungsrechtliche Absicherung der im Modellprogramm erprobten Einrichtungen und der anderen in den Ländern geschaffenen Übergangseinrichtungen gebietet eine gesetzliche Regelung, zumal die freiwillige Vereinbarung der zuständigen Reha-Träger bereits durch ihre zahlenmäßige Begrenzung nicht geeignet ist, den weiteren Betrieb all dieser Einrichtungen zu gewährleisten. Die Verweisung aller der in diesen Einrichtungen behandelten psychisch Kranken und Behinderten auf die zuständigen Sozialhilfeträger entspricht nicht dem dort gewährten Leistungsangebot.

Eine gesetzliche Regelung ist deshalb unverzichtbar. Die Vorschrift des § 39 a verdeutlicht, daß neben Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation berufsfördernde Maßnahmen angeboten oder vermittelt werden müssen. Damit soll einerseits der Tatsache Rechnung getragen werden, daß medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nicht scharf voneinander zu trennen sind und insbesondere nicht in zeitlich getrennten Abschnitten erfolgen können. Andererseits wird ausgedrückt, daß nicht alle zur Rehabilitation erforderlichen Maßnahmen, auch wenn sie parallel gewährt werden, unter einem Dach vorhanden sein müssen.

Die im § 39 a vorletzter und letzter Satz angesprochenen Zeiträume entsprechen den in der Empfehlungsvereinbarung vorgesehenen Fristen.

44. Artikel 1 § 40 Abs. 1 Satz 2

§ 40 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur (z.B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) einen Zuschuß vorsehen, der fünfzehn Deutsche Mark täglich nicht unterschreiten soll."

Begründung:

Durch die Neufassung soll sichergestellt werden, daß ein Mindestzuschuß gewährt wird, der zur teilweisen Deckung der übrigen Kosten dienen soll.

45. Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1

In § 44 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte "nach § 10" zu streichen.

Begründung:

Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sollte nicht nur dann gegeben sein, wenn das Kind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 versichert ist, sondern auch, wenn es selbst Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist (z.B. als Bezieher einer Waisenrente).

46. Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1

In § 44 Abs. 1 Satz 1 ist das Wort "achte" durch das Wort "zwölfte" zu ersetzen.

Begründung:

Die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt endet nicht mit dem vollendeten achten Lebensjahr, sondern dauert in der Regel bis über das zwölfte Lebensjahr hinaus. Im Interesse ihrer Effektivität muß die Regelung diesem Umstand Rechnung tragen.

47. Artikel 1 § 44 Abs. 3 Satz 1

In § 44 Abs. 3 Satz 1 sind die Worte "Absatz 1" durch die Worte "diesen Vorschriften" zu ersetzen.

Begründung:

Der Krankengeldanspruch bestimmt sich nicht nur aus Absatz 1, sondern auch aus Absatz 2. Dies stellt die Neuformulierung klar.

48. Artikel 1 § 52

Artikel 35 Nr. 12 Buchst. c, d, Nr. 17, Nr. 18 Buchst. b (BVG)

In § 52 ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

"(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, solange ein Anspruch nach § 36 besteht; der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ebenfalls, soweit und solange ein Anspruch nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht."

Als Folgen sind in Artikel 35

- in Nummer 12 Buchst. c Absatz 3 zu streichen;

- in Nummer 12 Buchstabe d wie folgt zu fassen:

'd) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; in seinem Satz 1 wird nach den Worten "Abs. 1 Satz 1" das Wort "und" gestrichen und ein Komma eingefügt, nach den Worten "Abs. 2" werden die Worte "und Abs. 3" eingefügt.'

- Nummer 17 zu streichen;

- Nummer 18 Buchst. b zu streichen.

Begründung:

Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) sind bei schädigungsbedingter Hilflosigkeit über § 35 BVG ausreichend abgesichert. Sie erhalten nach dieser Vorschrift eine Pflegezulage, die pauschaliert oder nach § 35 Abs. 1 Satz 5 BVG in voller Höhe der anfallenden Pflegekosten gewährt werden kann; die Leistungen nach § 35 BVG gehen somit über die nach den §§ 52 ff. SGB V hinaus. Für diesen Personenkreis ist eine Vorleistung der Krankenkasse mit der Konsequenz einer nachfolgenden Erstattung durch die Verwaltungsbehörde und die Anrechnung der Leistungen auf die Pflegezulage des Berechtigten nicht erforderlich. Die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige vorgesehenen Hilfen zur Pflege sollen nur dann zum Tragen kommen, wenn und soweit der Anspruch nach § 35 BVG nicht durchdringt, weil die Hilflosigkeit überwiegend auf schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen beruht. Durch das Wort "soweit" wird klargestellt, daß in diesen Fällen die Leistung nach den Vorschriften des SGB V zu gewähren ist. Im übrigen wird ein unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden.

49. Artikel 1 § 52 Abs. 4

§ 52 Abs. 4 ist wie folgt zu fassen:

"(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen."

Begründung:

Die vorgesehenen Leistungen für Schwerpflegebedürftige korrespondieren mit Leistungen der Sozialhilfe (insbesondere § 69 BSHG). Sie berühren unmittelbar Landesplanungen und Landesförderungen auf dem Gebiet der ambulanten Kranken-, Alten- und Familienhilfe. Eine möglichst frühzeitige Abgleichung der Empfängerkreise im Bereich der Pflegebedürftigen erscheint deswegen dringend geboten und nach der vorhandenen Interessenlage am besten durch Rechtsverordnung des Bundes unter Beteiligung der Länder möglich.

50. Artikel 1 § 56 Abs. 2

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren für § 56 Abs. 2 eine Regelung zu finden, die den Besonderheiten der Pflege durch mehrere Familienmitglieder, insbesondere im ländlichen Raum, Rechnung trägt.

Die vorgesehene Regelung ist nicht praxisgerecht. Pflege ist häufig eine Gemeinschaftsleistung mehrerer Personen aus dem Familienverband, von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden.

Die vorgesehene Regelung ist auch sozialpolitisch problematisch. Sie würde gerade die Personen ausschließen, die durch Beruf, Haushalt, Familie und Pflege besonders stark belastet sind, wie z.B. Bäuerinnen, die in aller Regel mehr als die Hälfte der Arbeitszeit einer hauptberuflichen Pflegekraft anderweitig tätig sind. Die vorgesehene Regelung liegt auch nicht im Interesse der Pflegebedürftigen, weil sie die häusliche Pflege nicht stärken, sondern die Pflegebereitschaft in vielen Familien eher schwächen würde. Im übrigen wäre eine solche Regelung schon wegen der dann notwendigen Kontrolle in der Praxis kaum praktikabel.

51. Artikel 1 Drittes Kapitel Neunter Abschnitt und §§ 68, 68 a, 69, 70, 142

a) Die Überschrift des NEUNTEN ABSCHNITTS ist wie folgt zu fassen:

"Fahrkosten, Leistungen des Rettungsdienstes"

b) § 68 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind die Worte "einschließlich der Transporte nach § 142" zu streichen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 ist das Wort "Fahrzeug" durch das Wort "Transportmittel" zu ersetzen.

cc) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 sind die Worte "der nach § 142 berechnungsfähige Betrag," durch die Worte "der Fahrpreis oder der nach § 142 berechnungsfähige Betrag." zu ersetzen.

dd) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist zu streichen.

c) Nach § 68 ist folgender § 68 a einzufügen:

§ 68 a

Leistungen des Rettungsdienstes

(1) Die Krankenkasse trägt die Kosten für die im Zusammenhang mit einer ihrer Leistungen notwendige Versorgung und Beförderung

1. von Notfallpatienten (Notfallrettung),
2. von sonstigen kranken, verletzten oder hilfsbedürftigen Personen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport), soweit diese Kosten je Einsatz 20 Deutsche Mark übersteigen.

Die Krankenkasse übernimmt auch den Anteil des Versicherten an den Krankentransportkosten, wenn der Versicherte dadurch unzumutbar belastet würde (§ 69), im übrigen, soweit § 70 dies vorsieht.

(2) Welche Einsatzart in Betracht kommt, bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit zu Beginn des Einsatzes. Dies gilt auch für die Beurteilung, ob eine Leistung des Rettungsdienstes (Krankentransport oder Notfallrettung) erforderlich ist, oder ob eine sonstige Beförderung (§ 68) ausreichend ist.

(3) Die Kosten eines Krankentransports in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt."

d) In § 69 Abs. 1 ist in Nummer 2 das Wort "und" durch ein Komma zu ersetzen und nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten für Leistungen des Rettungsdienstes zu übernehmen und".

e) § 70 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind nach dem Wort "Fahrkosten" die Worte ", den Versichertenanteil bei Leistungen des Rettungsdienstes" einzufügen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort "Fahrkosten" die Worte ", Kosten für Leistungen des Rettungsdienstes" einzufügen.

f) § 142 ist wie folgt zu ändern:

aa) Die Überschrift ist wie folgt zu fassen:

"Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und
anderen Krankenbeförderungsleistungen"

bb) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und nach Bedarf über das Entgelt für andere Krankenbeförderungen mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise."

cc) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes (§ 68 a) durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde, oder
2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind oder
3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist."

dd) In Absatz 3 ist das Wort "Krankentransportleistungen" durch die Worte "Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankenbeförderungsleistungen" zu ersetzen.

Begründung zu a bis e:

§ 68 wird den Besonderheiten der Leistungen des Rettungsdienstes (einschließlich der Notfallrettung) nicht gerecht. Die Vorschrift betrachtet diese Leistungen als bloße Fahrleistung, um sie gleichrangig mit der Beförderung durch Taxi- und Mietwagenunternehmen zu behandeln. Dabei wird völlig verkannt, daß es sich bei den Leistungen des Rettungsdienstes in erster Linie um

die präklinische Versorgung, die sachgerechte medizinische Betreuung von Patienten handelt. Im Gegensatz zu den vom Taxi- und Mietwagen-gewerbe durchgeführten Patienten-fahrten ist der Transport beim Rettungsdienst nur ein untergeordneter Teilaspekt der Leistung.

Durch Einfügung des § 68 a wird diesen Besonderheiten der Leistungen des Rettungsdienstes Rechnung ge-tragen.

Die Aufnahme einer eigenen Vor-schrift über den Rettungsdienst macht es erforderlich, die §§ 68, 69 und 70 inhaltlich und redaktionell darauf abzustimmen.

zu f:

Die Gewährleistung eines leistungs-fähigen Rettungsdienstes fällt in die Zuständigkeit der Länder. Sie haben hierfür sachgerechte Rege-lungen getroffen, die die Kosten-träger und die Leistungsträger ein-beziehen. Für hiervon abweichende Vereinbarungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände auf dem Gebiete des Rettungsdienstes ist daher kein Raum.

52. Artikel 1 § 68 Abs. 2 Nr. 1

In § 68 Abs. 2 ist in Nummer 1 das Wort "vollstationär" durch die Worte "teil- oder vollstationär" zu ersetzen.

Begründung:

Die teilstationäre Versorgung, insbesondere die tagesklinische Behandlung sollte - auch aus Kostengründen - künftig verstärkt ausgebaut werden. Dem sollte auch bei der Fahrkostenregelung Rechnung getragen werden.

53. Artikel 1 § 69 nach Abs. 2

In § 69 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) Die Krankenkasse hat bei den in Absatz 2 Nr. 2 genannten Versicherten die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu übernehmen."

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht bei notwendigen Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln für versicherte Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 69 Abs. 2 Nr. 2) keine vollständige Befreiung vor. Die Einbeziehung dieses Personenkreises in die Regelung über die teilweise Befreiung (§ 70) führt bei den Hilfeempfängern zu unzumutbaren Belastungen und bei

den Trägern der Sozialhilfe wegen dann oft notwendiger vorläufiger bzw. ergänzender Leistungen zu einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsaufwand. Es muß deshalb sichergestellt werden, daß Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt von den genannten Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig befreit werden. Das gleiche gilt für die übrigen in § 69 Abs. 2 Nr. 2 aufgeführten Personengruppen.

54. Artikel 1 § 69 Abs. 3 Satz 2

In § 69 Abs. 3 Satz 2 ist der Punkt zu streichen und es sind folgende Worte anzufügen:

"bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz."

Begründung:

Ersichtlich ist die Formulierung in Absatz 3 Satz 2 an § 76 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz orientiert. Diese Vorschrift wurde durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1657) neu gefaßt. Ziel der Änderung war, die Gleichbehandlung der Renten nach dem Bundesentschädigungsgesetz

mit den Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz zu erreichen, da für eine Besserstellung der Bezieher von Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz kein sachlicher Grund besteht. Für die Bewertung der Einnahmen in Art. 1 § 69 Abs. 3 kann nichts anderes gelten.

55. Artikel 1 § 69 nach Abs. 4, § 70 nach Abs. 3

a) Nach § 69 Abs. 4 ist folgender Absatz 5 anzufügen:

"(5) Der Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten."

b) Nach § 70 Abs. 3 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

"(4) Für den Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 69 Abs. 5 entsprechend."

Begründung zu a und b:

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Klarstellung wünschenswert.

56. Artikel 1 nach § 70

Nach § 70 ist folgender neuer Abschnitt mit folgendem § 70 a einzufügen:

"..... Abschnitt

Förderung von Einrichtungen

§ 70 a

Förderung von Einrichtungen zur
Prävention oder Rehabilitation

(1) Die Krankenkassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können Einrichtungen fördern, die der ambulanten oder stationären Prävention oder Rehabilitation von Versicherten dienen. Die Prävention umfaßt auch andere als die in den §§ 20 bis 24 geregelten Leistungen. Zur Rehabilitation gehören auch sonstige Leistungen mit den in § 11 Abs. 2 beschriebenen Zielen.

(2) Die Aufwendungen der Krankenkassen dürfen im Kalenderjahr 0,1 vom Hundert der im Haushaltsplan vorgesehenen Leistungsausgaben nicht überschreiten. Die Aufwendungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen dürfen im Kalenderjahr 0,1 vom Hundert der in den Haushaltsplänen ihrer Mitgliedskassen vorgesehenen Leistungsausgaben nicht überschreiten. Bei Krankenkassen und Verbänden, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, richtet sich die zulässige Höhe der Aufwendungen innerhalb eines Landes nach den Leistungsausgaben, die auf die Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt innerhalb des Landes entfallen."

Begründung:

Derzeit bestehen Versorgungsnotwendigkeiten der Prävention und Rehabilitation, denen nur unzureichend mittels individueller Leistungsansprüche der Versicherten Rechnung getragen werden kann. Hierbei handelt es sich oft um eine notwendige interdisziplinäre Versorgung, beispielsweise in betreuten Wohnungen, therapeutischen Wohngemeinschaften, in Tagesstätten und in Beratungseinrichtungen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern bereits heute in nicht unerheblichem Umfang solche vielfältigen Versorgungsleistungen. Sie werden hierbei aufgrund von § 364 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung tätig. Diese rechtliche Möglichkeit zur institutionellen Förderung gilt es aufrechtzuerhalten. Deshalb muß - vergleichbar auch dem § 1305 der Reichsversicherungsordnung - eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, die es den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht, Einrichtungen zur Prävention und Rehabilitation, insbesondere interdisziplinär arbeitende Einrichtungen, institutionell zu fördern.

Um eine beitragsatzsteigernde Leistungsausweitung zu verhindern, sieht Absatz 2 eine Begrenzungsregelung vor. Die Ausgaben der Krankenkassen für die institutionelle Förderung dürfen im Kalenderjahr 0,1 v.H. der im Haushaltsplan vorgesehenen Leistungsausgaben nicht übersteigen. Für die Krankenkassenverbände gilt der gleiche Vomhundertsatz bezogen auf die in den Haushaltsplänen der Mitgliedskassen vorgesehenen Leistungsausgaben.

57. Artikel 1 § 71 Satz 1

In § 71 Satz 1 sind die Worte "Selbstverwaltung der Krankenkassen" durch das Wort "Krankenkasse" zu ersetzen.

Begründung:

Die Übertragung von Modellvorhaben und Maßnahmen und Verfahren zur Erprobung an die Selbstverwaltung der Krankenkassen ist unscharf, weil nicht eindeutig festgelegt wird, ob Vertreterversammlung oder Vorstand zuständig sein sollen. Die Übertragung der Aufgaben auf die Krankenkasse gewährleistet, daß die bewährte Aufgabenverteilung zwischen Geschäftsführer, Vorstand und Vertreterversammlung, wie sie im 3. Abschnitt des Vierten Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, Platz greift.

58. Artikel 1 § 71 Satz 1

In § 71 Satz 1 sind nach dem Wort "kann" die Worte "mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde" einzufügen.

Begründung:

Mit den Erprobungsregelungen werden die Krankenkassen ermächtigt, durch Satzungsregelungen für eine befristete Zeit geltendes Recht nicht anzuwenden und statt dessen durch Satzungsregelungen neue Ansprüche zu begründen. In diesen Fällen genügt es nicht, der Aufsichtsbehörde lediglich die Prüfung der Rechtmäßigkeit einzuräumen. Vielmehr müssen die Aufsichtsbehörden in diesen Fällen auch die Möglichkeit haben, unter Zweckmäßigkeitserwägungen Stellung zu nehmen.

59. Artikel 1 § 73 nach Abs. 2

In § 73 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

"(3) Hat der Sozialhilfeträger die Beiträge übernommen, steht diesem der Anspruch auf die Beitragsrückzahlung zu."

Begründung:

§ 13 Bundessozialhilfegesetz sieht vor, daß unter den Bedingungen der Hilfe zum Lebensunterhalt Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen sind oder übernommen werden können. Der Nachrang der Sozialhilfe gebietet, wo möglich, die Refinanzierung. Für das Leistungsrecht ist diese in den §§ 102 ff. SGB X vorgesehen. Diese Bestimmungen sind auf die Beitragsrückgewähr nicht anwendbar, so daß es einer besonderen Regelung bedarf.

60. Artikel 1 vor § 77

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern so gestaltet werden können, daß das Vertragsrecht mit Ausnahme unbedingt notwendiger rahmenvertraglicher Regelungen, wie etwa der Bundesmantelverträge und bundeseinheitlicher Leistungsverzeichnisse und Richtlinien, auf landesunmittelbare Körperschaften und Einrichtungen verlagert werden kann.

Die länderbezogene Gesundheitspolitik erfordert eine durchgängige landesorientierte Vertragspolitik. Da das bundeseinheitliche Vorgehen der Ersatzkassenverbände sich nicht immer mit den Interessen der Länder deckt, sollten die Ersatzkassenverbände in das regionale Vertragsgeschehen eingebunden werden. Durch die Einbeziehung der Ersatzkassenverbände in das regionale Vertragsgeschehen einschließlich des Abschlusses der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Gesamtverträge sollen inhaltlich gleiche Abmachungen auf regionaler Ebene erreicht werden.

61. Artikel 1 § 78 Abs. 1 Satz 2

In § 78 Abs. 1 ist Satz 2 durch folgende Sätze zu ersetzen:

"Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen. Die Leistungserbringer dürfen solche Leistungen nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Die Leistungen müssen unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Verträgen, insbesondere in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen diese Grundsätze zu beachten."

Begründung:

Es wird eine redaktionelle Anpassung an das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 vorgenommen und die Bindung der Leistungserbringer an die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verdeutlicht. Nach den Krankenkassen (§ 4 Abs. 4) und den Versicherten (§ 12) werden sämtliche Leistungserbringer verpflichtet, bei der Erstellung der Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu berücksichtigen. Neben die Beachtung der Beitragssatzstabilität in den Verträgen rückt die Beachtung der wirtschaftlichen Leistungserstellung.

62. Artikel 1 §§ 79, 150

Der Bundesrat begrüßt, daß der Entwurf der Bundesregierung für ein Gesundheits-Reformgesetz in § 117 Abs. 4 Satz 3, letzter Halbsatz festlegt, daß bei der Pflegesatzfindung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität keinen Vorrang vor dem Anspruch der Krankenhausträger auf Deckung der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses hat.

An dieser Rechtslage könnten möglicherweise aus folgenden Gründen Zweifel entstehen: § 79 verpflichtet nämlich die Krankenkassen und die Leistungserbringer, also auch die Krankenhäuser, zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. § 150 Abs. 2 gibt der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf, ihre Empfehlungen am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten.

Der Bundesrat stellt deshalb ausdrücklich klar, daß die Vorschrift des § 117 Abs. 4 Satz 3 und damit §§ 4 und 17 Abs. 1 KHG lex specialis zu den Vorschriften der §§ 79 und 150 ist.

63. Artikel 1 §§ 80, 90, 91

- a) In § 80 Abs. 2 sind nach dem Wort "Verträge" die Worte "der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und" einzufügen.
- b) In § 80 ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

"(3) Für die Verträge der Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend."

Folgeänderungen:

- a) In § 90 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte ", den Verbänden der Ersatzkassen und der Bundesknappschaft" einzufügen.
- b) In § 91 Abs. 1 sind die Sätze 2 und 3 zu streichen.
- c) In § 91 Abs. 3 Satz 1 ist das Wort "Bundesvereinigungen" durch das Wort "Vereinigungen" zu ersetzen.
- d) In § 91 ist in Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Die Verbände der Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen."

- e) In § 91 ist in Absatz 4 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Die Bundesknappschaft kann diese Aufgabe auf eine für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zuständige Verwaltungsstelle übertragen."

- f) In § 91 ist in Absatz 4 der bisherige Satz 2 wie folgt zu fassen:

"§ 93 gilt entsprechend."

Begründung:

Die länderbezogene Gesundheitspolitik erfordert eine durchgängige landesorientierte Vertragspolitik. Das - gegenwärtig praktizierte - bundeseinheitliche Vorgehen der Ersatzkassenverbände deckt sich nicht immer mit den Bedürfnissen der Länder. Die Verbände der Ersatzkassen müssen deshalb in das regionale Vertragsgeschehen eingebunden werden. Dadurch sollen auf regionaler Ebene auch inhaltlich angeglichenere Abmachungen erreicht werden.

Es können bei den Ersatzkassen - wie bereits bei den bisherigen RVO-Kassen - auf Bundesebene lediglich Rahmenverträge (Bundesmantelverträge) geschlossen werden, deren Ausgestaltung dann auf Landesebene in Vereinbarungen (Gesamtverträgen) mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.

Entsprechendes hat - soweit erforderlich - auch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu gelten.

64. Artikel 1 § 81 Abs. 4 nach Satz 4

In § 81 Abs. 4 ist nach Satz 4 folgender Satz anzufügen:

"Bei Hochschulkliniken ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß Krankenhausbehandlung in dem Umfang und in der Breite von Krankheitsbildern durchgeführt werden kann, die für die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre erforderlich sind."

Begründung:

Die Regelung soll bewirken, daß bei den Hochschulkliniken keine weitere Einengung auf bestimmte Krankheitsbilder (Krankheitsarten) erfolgt. Damit wäre der Ausbildungsauftrag massiv gefährdet. Der Trend, aufwendige und kostenintensive Behandlungsmethoden noch mehr als bisher auf Hochschulkliniken zu konzentrieren, würde verstärkt werden, so daß den Hochschulkliniken schließlich keine für die Ausbildung geeigneten Patienten mehr zur Verfügung stünden. Außerdem würden die Gesamtkosten so steigen, daß die ohnehin schon sehr hohen Pflegesätze kaum mehr verhandlungsfähig wären. Die Wissenschaftsressorts wären genötigt, die Landeszuschüsse an die Hochschulkliniken zur Subventionierung der Krankenversorgung zu erhöhen, so daß dadurch die Landeshaushalte mehr als bisher belastet würden. Aus diesem Grunde empfiehlt sich eine zusätzliche Formulierung, die sich an § 125 (Polikliniken) anlehnt.

65. Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 1

In § 81 Abs. 5 ist Satz 1 durch folgende Sätze zu ersetzen:

"Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung haben bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 100 Abs. 2 zu beachten. Auf dem Verordnungsblatt sollen sie ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf."

Begründung:

Es erscheint sinnvoll, die Beachtung der Preisvergleichsliste bei der Verordnung verbindlich vorzusehen.

66. Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 2

In § 81 Abs. 5 sind in Satz 2 die Worte "auf Wunsch des Versicherten" zu streichen.

Begründung:

Zur Information des Patienten über die Mehrkosten sollte der Arzt auch verpflichtet werden, wenn der Arzt - ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten - ein teureres Arzneimittel verordnet.

67. Artikel 1 § 82 nach Satz 1

In § 82 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen:

"Der Arzt ist in diesen Fällen befugt, die notwendigen Informationen für die Stellungnahme zu erteilen."

Begründung:

Die Einholung von Stellungnahmen durch den Arzt setzt voraus, daß er den begutachtenden Ärzten die Grundlagen für die Abgabe einer Stellungnahme mitteilt. Hierfür benötigt er eine klare gesetzliche Ermächtigung für die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht.

68. Artikel 1 § 83 Abs. 3

a) In § 83 Abs. 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Die Sicherstellung umfaßt insbesondere die Abrechnung und Prüfung der Leistungen einschließlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung."

b) In § 83 Abs. 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenärztlichen Leistungen vergütet."

c) In § 83 Abs. 3 sind in Satz 3 die Worte "1 und 2" durch die Worte "1 bis 3" zu ersetzen.

Begründung

zu a:

Sozialgerichtliche Verfahren, über die noch nicht abschließend entschieden ist, haben gezeigt, daß es der Klarstellung bedarf, daß nicht nur die unentgeltliche Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit umfaßt wird, sondern auch die notwendigen Prüfungen.

zu b:

Die bisher bewährte Regelung nach § 368 n Abs. 2 RVO soll beibehalten werden, um Mehrkosten für die öffentlichen Haushalte zu vermeiden.

Selbst das Bundesverfassungsgericht hat 1982 in eindeutiger Weise die bisherige Vergütungsbegrenzung als zumutbar, geeignet und erforderlich bestätigt; mit ihr würden "vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls verfolgt" und die Vergütungssätze der Ortskrankenkassen "stellen eine angemessene Vergütung dar" (BVerfGE 62, 354).

zu c:

Folgeänderung.

69. Artikel 1 § 83 Abs. 5

§ 83 Abs. 5 ist wie folgt zu fassen:

"(5) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen."

Begründung:

Nach der bisherigen Regelung in § 368n Abs. 2 Satz 3 RVO konnten Aufgaben der ärztlichen Versorgung auch für Versorgungs- und Sozialhilfeträger übernommen werden, die nicht zu den Sozialversicherungsträgern nach § 29 Abs. 1 SGB IV gehören.

Es ist nicht einsichtig, aus welchen Gründen Vereinbarungen dieser Art zukünftig unmöglich gemacht werden sollen.

Bei einer Privatliquidation durch die behandelnden Ärzte hätte dies zudem erhebliche Mehrkosten für die Versorgungs- und Sozialhilfeträger zur Folge.

70. Artikel 1 § 83 Abs. 6 Satz 3

In § 83 Abs. 6 sind in Satz 3 die Worte "Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung" durch die Worte "Betriebs- und Wirtschaftsführung" zu ersetzen.

Begründung:

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt nach § 86 Abs. 3 § 78 SGB IV entsprechend. § 78 SGB IV ermächtigt die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, Grundsätze für die Rechnungsprüfung, die Entlastung, die Buchführung und die Rechnungslegung zu regeln. Neben dieser Verordnungsermächtigung ist für Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen kein Raum mehr.

71. Artikel 1 § 87 Abs. 1, § 89 Abs. 1 Nr. 3

In § 87 sind in Absatz 1 folgende Sätze anzufügen:

"Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen. Die Vertreterversammlungen können die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nichtöffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluß ist in öffentlicher Sitzung bekanntzugeben. Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein."

Als Folge ist in § 89 Abs. 1 die Nummer 3 zu streichen.

Begründung:

Die Regelungen aus § 368 I Abs. 1 Satz 2 bis 4 RVO zur Öffentlichkeit der Sitzungen der Vertreterversammlungen und zur Verhinderung von Doppelmandaten in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollten wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung beibehalten werden. Insbesondere ist nicht einzusehen, warum Bestimmungen zur Öffentlichkeit der Vertreterversammlung anders als bei den Sozialversicherungsträgern nach § 63 Abs. 3 SGB IV nicht einheitlich, sondern je nach Satzungsbestimmung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich geregelt werden sollen.

72. Artikel 1 § 88 Abs. 2

In § 88 ist in Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"Vertreterversammlung und Vorstand wählen aus ihrer Mitte jeweils einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden."

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung, daß die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen sich jeweils einen Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden zu wählen haben, wie dies in § 62 Abs. 1 SGB IV für die Sozialversicherungsträger bestimmt ist. Damit wird auch ausgeschlossen, daß z. B. der Vorstandsvorsitzende gleichzeitig den Vorsitz in der Vertreterversammlung führt. Dieses vereinzelt noch praktizierte Verfahren widerspricht der Bedeutung und der erforderlichen Selbständigkeit der Vertreterversammlung.

73. Artikel 1 § 89 Abs. 1 nach Nr. 2

In § 89 Abs. 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. Bemessung der Entschädigung für Organmitglieder,".

Begründung:

Wiederherstellung des Referentenentwurfes und Angleichung an § 41 Abs. 4 SGB IV.

74. Artikel 1 § 89 Abs. 5 Satz 2

In § 89 Abs. 5 sind in Satz 2 die Worte "bis zu sechs Monaten" durch die Worte "bis zu zwei Jahren" zu ersetzen.

Begründung:

Die festgelegte Frist von "bis zu sechs Monaten" ist nach den gemachten Erfahrungen zu gering bemessen. Denn danach gibt es viele Fälle, in denen sechs Monate zu wenig sind, die Entziehung der Zulassung aber zu weit gehen würde.

75. Artikel 1 § 90 nach Absatz 3

In § 90 ist nach Absatz 3 folgender Absatz 4 anzufügen:

"(4) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge sind in allen Verträgen paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen."

Begründung:

Der bisherige § 368g Abs. 7 RVO soll insoweit unverändert übernommen werden.

Hierdurch soll die Fortführung bewährter Verfahrensweisen ermöglicht und rechtlich abgesichert werden.

Auf die bisher vorgesehenen, aber nicht erfolgten Richtlinien durch die Bundesausschüsse hierzu kann allerdings verzichtet werden.

76. Artikel 1 § 91 Abs. 2 Satz 1, nach Satz 2

a) In § 91 Abs. 2 Satz 1 ist das Wort "Verfahren" durch das Wort "Regelungen" zu ersetzen.

b) In § 91 Abs. 2 sind nach Satz 2 folgende Sätze anzufügen:

"Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, auf die sich die Prüfung der Abrechnungen erstreckt, sowie die beteiligten Krankenkassen sind über die Eröffnung des Prüfverfahrens zu unterrichten. Die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend."

Begründung:

Es soll klargestellt werden, daß die in die Prüfung ihrer Abrechnungen einbezogenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen über die Eröffnung eines Prüfverfahrens zu unterrichten sind. Dies entspricht § 12 Abs. 2 SGB X. Zugleich wird klargestellt, daß die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren nach SGB X entsprechend gelten.

77. Artikel 1 § 91 Abs. 3

§ 91 Abs. 3 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Absatz 2 sowie § 90 Abs. 1, §§ 92, 93 und 114 gelten
entsprechend."

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung, daß Vereinbarungen zu den Plausibilitätskontrollen, Richtwerten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch für den Ersatzkassenbereich zu treffen sind.

78. Artikel 1 § 96 Abs. 1, § 97 nach Abs. 6

a) In § 96 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte "und deren Vergütungen sowie der Satz 2 zu streichen.

b) Nach § 96 Abs. 1 ist folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise."

c) Nach § 97 Abs. 6 ist folgender Absatz 6a einzufügen:

"(6a) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 1 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."

Begründung
zu a und b:

Um die regionalen Verhältnisse angemessen berücksichtigen zu können, bedarf es Vereinbarungen auf Länderebene. Eine Zentralisierung von Selbstverwaltungskompetenzen ist nicht gerechtfertigt.

zu c:

Folgeänderung. Die Konfliktlösung erfolgt durch Landesschiedsämter.

79. Artikel 1 § 97 Abs. 4 Satz 2

§ 97 Abs. 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

Begründung:

Klarstellung des Gewollten.

80. Artikel 1 § 97 nach Abs. 5

In § 97 ist nach Absatz 5 folgender Absatz 5a einzufügen:

"(5a) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung entsprechend."

Begründung:

Die Ersatzkassen sind in das regionale Schiedswesen einzubeziehen. Das erfordert eine auf diese Belange ausgerichtete Schiedsamsregelung, also je ein Landesschiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung.

81. Artikel 1 § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5

In § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5 ist jeweils das Wort "bedarfsgerechten" durch das Wort "zweckmäßigen" zu ersetzen.

Begründung:

Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinischen Großgeräte sollen ausschließlich in dem Großgeräteausschuß nach § 131 abgestimmt werden. Die Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 sollten sich also - falls dies überhaupt beabsichtigt gewesen sein sollte - einer Aussage zum "Bedarf" enthalten. Sie sollten nur den zweckmäßigen und wirtschaftlichen Einsatz der vom Großgeräteausschuß als bedarfsgerecht angesehenen Geräte regeln.

82. Artikel 1 § 100 Abs. 2 nach Satz 3

In § 100 Abs. 2 ist nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

"Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Begründung:

Die Regelung des § 34 Abs. 4 Satz 3 soll entsprechend gelten.

83. Artikel 1 § 100 Abs. 4

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, wie in § 100 Abs. 4 gesetzlich festgelegt werden kann, daß grundsätzlich der behinderte Versicherte zunächst selbst seine Krankenkasse unterrichtet und erst nachrangig der behandelnde Arzt. Hierbei wäre an eine Anlehnung an die Vorschrift des § 125 Bundessozialhilfegesetz zu denken.

84. Artikel 1 § 102 Satz 3, § 222 Abs. 3

Für die in § 102 Satz 3, § 222 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Zuständigkeiten des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ist eine Kompetenzgrundlage nicht ersichtlich. Die Richtlinien der Bundesverbände und Bundesausschüsse, die Satzungsrecht bilden (§ 89 Abs. 3 Nr. 2; § 219 Abs. 2 SGB V), haben den Charakter von Rechtssätzen, die die Versicherten und die Berufsangehörigen intensiv berühren (vgl. insbes. § 29 Abs. 1 und 3; § 34 Abs. 4 Satz 1; § 35 Abs. 1, 2, 5; § 100 Abs. 4 und 5; § 144 Abs. 1; § 147; § 295 Abs. 1 SGB V). Aus der Satzungsbefugnis der Verbände und dem Aufsichtsrrecht läßt sich jedoch keine Zuständigkeit des Bundesministers zur Rechtssetzung gegenüber den Landeskörperschaften und damit deren Mitgliedern - Versicherten und Berufsangehörigen - herleiten. Das würde den vom Grundgesetz vorgesehenen Grundlagen und Formen der Rechtssetzung nicht entsprechen.

Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob in den fraglichen Fällen Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsverordnungen vorgesehen werden sollten (vgl. z. B. § 30 Abs. 4; § 123 Abs. 4; § 138 Abs. 6; § 301 Abs. 3; § 308 Abs. 3 SGB V).

85. Artikel 1 § 103 Abs. 6 nach Satz 2

In § 103 Abs. 6 ist nach Satz 2 folgender Satz anzufügen:

"Zulassung und Ermächtigung können bei weniger schwerwiegenden Pflichtverletzungen auch zeitlich befristet entzogen werden."

Begründung:

Dem Zulassungsausschuß soll im Hinblick auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ermöglicht werden, bei weniger schwerwiegenden Pflichtverletzungen auch zeitlich befristete Maßnahmen zu treffen.

Die Entziehung der Zulassung kommt nach der BSG-Rechtsprechung einer Einschränkung der Berufswahlfreiheit derart nahe, daß sie an strengen Maßstäben zu messen ist. Insbesondere ist zu prüfen, ob nicht ein geringeres Mittel als die Entziehung als ausreichend anzusehen wäre, den Kassenarzt nachhaltig zur Erfüllung seiner kassenärztlichen Pflichten anzuhalten (BSG vom 15.4.1986 - RKa 6/85).

Den Zulassungsausschüssen sind solche geringeren Mittel bisher jedoch nicht gegeben.

Auch die Krankenkassen haben auf disziplinarische Maßnahmen keinen Einfluß; ihnen steht kein Antragsrecht auf Eröffnung eines Disziplinarverfahrens zu.

Allein die theoretische Möglichkeit einer angemessenen Disziplinarmaßnahme wird jedoch nicht als ausreichend angesehen, die Verhältnismäßigkeit der Entziehung durch den Zulassungsausschuß generell zu verneinen.

86. Artikel 1 § 103 Abs. 8 nach Satz 1

Nach § 103 Abs. 8 Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

"Satz 1 gilt für ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen entsprechend."

Begründung:

Die vertragsärztliche Tätigkeit sollte nicht nur für die niedergelassenen Ärzte, sondern auch für die ärztlich geleiteten Einrichtungen der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung folgen, soweit und solange kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

87. Artikel 1 § 113 Abs. 1 Satz 2

In § 113 Abs. 1 Satz 2 ist das Wort "Benehmens" durch das Wort "Einvernehmens" zu ersetzen.

Begründung:

Zum Betreiben von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen reicht das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht aus.

Die Zulassung von Ärzten als Kassenarzt sowie die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt durch den gemeinsamen Zulassungsausschuß (vgl. §§ 103, 124 ff).

Zudem ist beim Betreiben und zur Inanspruchnahme von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ebenfalls die vertragliche Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich (vgl. § 84 Abs. 1).

88. Artikel 1 § 114 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1

In § 114 Abs. 1 Satz 1 ist nach dem Wort "Kassenärzte," das Wort "Vertragsärzte," einzufügen.

Als Folge sind in Absatz 4 Satz 1 nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte ", die Verbände der Ersatzkassen" einzufügen.

Begründung:

Das Gesetz muß eindeutig sagen, was für den Ersatzkassenbereich gilt. Um die Tätigkeit eines Arztes oder Zahnarztes im Rahmen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung beurteilen zu können, ist die Einbeziehung der für die Versicherten der Ersatzkassen erbrachten Leistungen unerlässlich. Der Entwurf geht davon aus, daß die Ersatzkassen Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 im Rahmen ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfungen entsprechend berücksichtigen. Diese Annahme ist allerdings nicht befriedigend. Es bedarf einer unmißverständlichen gesetzlichen Regelung.

89. Artikel 1 § 114 Abs. 2

§ 114 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren gemeinsam Regelungen zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Sie haben dabei auch die Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse dem Versicherten nach den §§ 29 und 30 Kosten erstattet. Soweit die Vorschriften

über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht entgegenstehen und nachfolgend nichts anderes bestimmt wird, vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages das Verfahren einschließlich des Verfahrens der Ausschüsse."

Begründung:

§ 72 Abs. 2 SGB V geht davon aus, daß im Falle der Kostenerstattung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchgeführt und dafür Abschläge vom Erstattungsbetrag vorgenommen werden. Dem widerspricht die Einbeziehung des § 72 in die Prüfungen nach Absatz 2.

Im übrigen wird durch die Neufassung des Absatzes 2 klargestellt, daß das zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen durchgeführte Verfahren Verwaltungsverfahren im Sinne der Vorschriften über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ist. Diese gesetzlichen Vorschriften müssen Vorrang vor öffentlich-rechtlichen Verträgen haben, wie sie die Gesamtverträge darstellen.

Die Ergänzung durch das Wort "gemeinsam" dient der Klarstellung, daß einheitliche Verfahrensregelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbart werden sollen, wie dies von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den RVO-Kassen schon bisher praktiziert wurde.

90. Artikel 1 § 114 Abs. 5

In § 114 Abs. 5 ist folgender Satz anzufügen:

"Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist bei Polikliniken die Kürzung nach § 129 Abs. 3 Satz 2 zu berücksichtigen."

Begründung:

Wenn die Vergütung für die Polikliniken schon um einen Abschlag von 20 v.H. für Lehre und Forschung gekürzt wird, dürfen nicht etwaige im Interesse von Lehre und Forschung erfolgte Mehrleistungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nochmals gestrichen werden.

91. Artikel 1 § 115 Abs. 1 Nr. 2

In § 115 Abs. 1 Nr. 2 sind die Worte "ihrem Versorgungsauftrag" durch die Worte "ihrer Aufgabenstellung" zu ersetzen.

Begründung:

Der Begriff "Versorgungsauftrag" ist im Hinblick auf einzelne konkrete Leistungen der Diagnostik und Therapie nicht ausreichend bestimmbar. Eine zweifelsfreie Zuordnung einzelner Leistungen ist nicht möglich. Mit einer schon nach geltendem Recht klarstellenden Beschreibung einer notwendigen Leistungsbegrenzung wird eine nicht gewünschte und unwirtschaftliche Leistungserbringung wirksamer verhindert.

92. Artikel 1 § 115

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die gegenwärtig unterschiedlichen Begriffsdefinitionen "Krankenhäuser" in § 115 SGB V und § 2 KHG zu vereinheitlichen.

Durch die inhaltliche Veränderung des Krankenhausbegriffs sind zur Finanzierung sowohl im investiven Bereich als auch bei den laufenden Kosten/Pflegesätzen Veränderungen zu erwarten, die bei Ausführung des KHG und der Bundespflegesatzverordnung Schwierigkeiten vermuten lassen.

93. Artikel 1 § 116

Der Text des § 116 wird Absatz 1; es ist folgender Absatz 2 anzufügen:

"(2) Die Aufnahme von Hochschulkliniken in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und der Bescheid über die Aufnahme von Plankrankenhäusern in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches unmittelbar verbindlich."

Begründung:

Diese Ergänzung dient der Klarstellung, daß der Inhalt des Aufnahmebescheides nach § 8 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch für die Krankenkassen bindend ist.

94. Artikel 1 § 117, § 118 Abs. 1, 2

§ 117 ist wie folgt zu fassen:

"§ 117

Abschluß von Versorgungsverträgen
mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches unmittelbar verbindlich. Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 besteht nicht.

(2) Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn

1. das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. die Ziele des Krankenhausplans gefährdet werden.

Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrages werden mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 118 weiter.

(3) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist zur Krankenhausbehandlung (§ 38) der Versicherten verpflichtet."

Als Folgen sind

- § 118 Abs. 1 Satz 3 zu streichen,
- § 118 Abs. 2 Satz 4 zu streichen.

Begründung:

Die vorgesehene fiktive Vertragskonstruktion für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser ist nicht geeignet, ein der kassenärztlichen Versorgung entlehntes Zulassungsverfahren einzuführen. Die mit diesen konfliktträchtigen Regelungen und den damit verbundenen rechtlich ungelösten Schwierigkeiten, insbesondere im Hinblick auf die Kündigungsregelungen, stehen einer wirksamen Krankenhausplanung entgegen. Die nach § 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz unmittelbar am Planungsverfahren Beteiligten erhalten ein derart ungleiches Gewicht zugunsten der Landesverbände der Krankenkassen, daß einvernehmliche Regelungen nicht oder kaum mehr zu erwarten sind. Die Landesverbände der Krankenkassen haben aufgrund ihrer nach Landesrecht eingebundenen weitgehenden Mitwirkung an der Krankenhausplanung jederzeit die Möglichkeit, bei gewünschten Veränderungen des Krankenhausplans selbst mitzuwirken. Die nach Landesrecht jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans ermöglicht auch in der Praxis eine zügige Umsetzung notwendiger Veränderungen. Ein Handlungsbedarf für konfliktträchtige und polarisierende Regelungen ist nicht gegeben.

Auch ist eine umfassende Anwendung des Begriffs "Versorgungsvertrag" auf alle Krankenhäuser deswegen bedenklich, weil ein derartiger Vertrag überhaupt nur in Ausnahmefällen abgeschlossen wird. Im Regelfall gilt die Aufnahme durch den Feststellungsbescheid als Abschluß des Versorgungsvertrages. Der Inhalt des "Vertrages" wird also in Wirklichkeit kraft Gesetz fingiert.

Ende 1986 wurde in der Bundesrepublik Deutschland in 528.616 Krankenhausbetten Krankenhauspflege

nach § 184 RVO oder vergleichbaren Vorschriften abgerechnet. Auf die Vertragskrankenhäuser nach § 371 Abs. 1 Satz 2 RVO entfielen dabei ganze 9.494 Betten bzw. 1,8 Prozent aller Betten. Die Rechtskonstruktion für diese 1,8 Prozent aller Betten wird nun auf die restlichen 98,2 Prozent übertragen. Würden die Länder diese 9.494 Betten in die Krankenhauspläne aufnehmen, gäbe es überhaupt nur mehr fingierte Verträge.

Der Grundsatz der Selbstkostendeckung wird in § 150 Abs. 2 geregelt. Die Genehmigung von Abschluß und Ablehnung eines Versorgungsvertrages erfolgt durch die zuständige Landesbehörde (§ 118 Abs. 2 Satz 2).

95. Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 1

In § 118 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort "jedoch" die Worte "nur gemeinsam und" einzufügen.

Begründung:

Klarstellung des Gewollten.

Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen nur gemeinsam abgeschlossen werden. Gleiches muß auch für die Kündigung des Vertrages gelten.

96. Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 2

§ 118 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Eine Kündigung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist nur zulässig, wenn dieser Kündigungsgrund nicht nur vorübergehend vorliegt."

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 117 Abs. 3 Satz 1 die mangelnde "Wirtschaftlichkeit" und die mangelnde "Leistungsfähigkeit" als einheitlichen Kündigungstatbestand an. Es ist daher zwingend, auch bei der mangelnden Leistungsfähigkeit die Einschränkung "nicht nur vorübergehend" zu treffen.

Diese Einschränkung ist aus fachlicher Sicht dringend geboten, da Änderungen der Leistungsfähigkeit sehr schnell eintreten können, z.B. als Folge eines Wechsels in der ärztlichen Besetzung.

97. Artikel 1 § 118 Abs. 2

In § 118 Abs. 2 ist folgender Satz 5 anzufügen:

"Bei Hochschulkliniken kann die Genehmigung auch aus den in § 81 Abs. 4 Satz 5 genannten Gründen versagt werden."

Begründung:

Der neue Satz 5 ist erforderlich, um das insbesondere für die Ausbildung notwendige Fächerspektrum an einer Hochschulklinik zu wahren.

98. Zu Artikel 1 § 121 Abs. 1 nach Satz 2

In § 121 Abs. 1 sind nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

"Bei kommunalen Krankenhäusern bestimmt sich der Prüfer nach Landesrecht. Die Kosten der Sonderprüfung tragen die Krankenkassen."

Begründung:

Die in § 121 vorgesehene Wirtschaftlichkeitsprüfung greift, soweit kommunale Krankenhäuser betroffen sind, tief in die alle dem Landesgesetzgeber zustehende Kompetenz ein. Dem Bund steht diesem Bereich keine Gesetzgebungskompetenz zu. Das bayerische kommunale Prüfungsrecht zum Beispiel sieht eine sehr eingehende Prüfung der Kommunen, einschließlich der kommunalen Krankenhäuser vor. Überörtliches Prüfungsorgan in Kommunen mit kommunalen Krankenhäusern ist grundsätzlich der Bayerische kommunale Prüfungsverband. Dieser prüft auch auf Antrag der für die Festsetzung der Pflegesätze zuständigen Behörden die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Selbstkostenrechnung und die sonstigen Voraussetzungen für die Festsetzung der Pflegesätze.

Denkbar wäre nach allem allenfalls, wie oben formuliert, daß die Krankenkassen durch die nach Landesrecht zuständigen Prüfungsorgane eine Sonderprüfung beantragen können, die sie dann allerdings auch bezahlen müßten.

99. Artikel 1 § 121 nach Abs. 4

Nach § 121 Abs. 4 ist folgender Absatz 5 anzufügen:

"(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen."

Begründung:

Es soll gewährleistet werden, daß auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Behandlung geprüft werden können.

100. Artikel 1 § 122 Abs. 4

§ 122 Abs. 4 ist wie folgt zu fassen:

"Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde."

Begründung:

Nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern (Art. 30, 83 ff. Grundgesetz) hat das Land und nicht der Bund zu bestimmen, welche Landesbehörde Bundesgesetze zu vollziehen hat.

Die Festlegung des § 122 Abs. 4, wonach die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Aufsicht führen soll, ist im übrigen auch sachlich nicht gerechtfertigt, da der Inhalt der von der Landesschiedsstelle zu treffenden Entscheidungen in wesentlichen Teilen in den Bereich der Krankenhausplanung fällt.

101. Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 vor Nr. 1

In § 123 Abs. 2 Satz 1 ist vor Nummer 1 folgende Nummer 01 einzufügen:

"01. die Einweisung in geeignete Krankenhäuser,"

Begründung:

Mit der vorgesehenen Ergänzung wird inhaltlich an den bisherigen § 372 Abs. 5 RVO angeknüpft. Insbesondere im Hinblick auf § 100 Abs. 1 Nummer 6 des Gesetzentwurfs, wonach die Bundesausschüsse Richtlinien beschließen u.a. über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (vgl. § 368 p RVO), bedarf es einer weiteren Regelung, wonach auch die Krankenhausgesellschaften im Vertragsweg auf Landesebene beteiligt werden.

102. Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1

§ 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist zu streichen.

Begründung:

Nach § 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 sollen die dreiseitigen Verträge zwischen den Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Kassenärzten insbesondere auch die Förderung des Belegarztwesens regeln. Mit diesem Regelungsinhalt würden die Verträge Aussagen zu Tatbeständen treffen, die Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder sind. Die Vorschrift ist aus diesem Grunde zu streichen.

103. Artikel 1 § 123 Abs. 4

§ 123 Abs. 4 ist zu streichen.

Begründung:

Sollte ein Vertrag nicht zustande kommen, so wird gemäß Absatz 3 des § 123 sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die um Vertreter der Kassenärzte erweiterte Landesschiedsstelle nach § 122 festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist verpflichtet, beim Nichtzustandekommen eines Vertrages zu entscheiden, so daß nicht ersichtlich ist, wieso es bei dieser Rechtslage noch einer Ermächtigung zum entsprechenden Erlaß einer Rechtsverordnung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bedarf. Absatz 4 ist daher zu streichen.

104. Artikel 1 § 124

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Erste-Hilfe-Versorgung (Notfall-Ambulanzen) auch weiterhin dadurch möglich sein kann, daß Krankenhäuser in den Versorgungsauftrag einbezogen werden.

105. Artikel 1 §§ 125, 129 Abs. 1 Satz 1

a) § 125 erhält folgende Fassung:

"§ 125

Polikliniken

Die poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen (Polikliniken) sind zur kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die kassenärztlichen Vereinigungen schließen hierzu im

Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Verträge mit den Trägern der Hochschulkliniken, um sicherzustellen, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Kommt ein Vertrag nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit der für die Hochschule zuständigen Landesbehörde. Unberührt bleibt die Möglichkeit der Ermächtigung von Institutsambulanzen als ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1."

- b) In § 129 Abs. 1 Satz 1 ist nach dem Wort "Krankenhausärzte," das Wort "Institutsambulanzen," einzufügen.

Begründung:

zu a:

Es sollte wie bisher den Verhandlungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Hochschulkliniken überlassen bleiben, den Umfang der für Forschung und Lehre erforderlichen ambulanten Krankenbehandlung zu regeln.

Durch die Verwendung der Worte "kassenärztlichen Versorgung" statt "ambulanten ärztlichen Behandlung" ist sichergestellt, daß in den Polikliniken alle in § 81 Abs. 2 genannten Maßnahmen einschließlich der Krankenhausbehandlung angeordnet oder durchgeführt werden können. Satz 3 trifft die erforderliche Konfliktregelung in Anlehnung an den bisherigen § 368 n Abs. 3 letzter Satz RVG.

Satz 4 stellt klar, daß - wie bisher - gesonderte Ermächtigungen für Institutsambulanzen der Hochschulen erteilt werden können, die ausschließlich der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung dienen.

zu b:

Folge der Neufassung von § 125...

106. Artikel 1 nach § 126, § 93 nach Abs. 2, § 103 Abs. 1 Satz 1)

Nach § 126 ist folgender § 126 a einzufügen:

"§ 126 a

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, Pflegeheime und Behindertenheime, die unter ärztlicher Leitung oder unter ärztlicher Mitleitung (Leitungsgremium) stehen, auf deren Verlangen zur ambulanten ärztlichen Behandlung der in den Heimen wohnenden Versicherten zu ermächtigen."

Als Folgen sind

- in § 93 nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen von Pflegeheimen und Behindertenheimen ist zu pauschalieren."

- in § 103 Abs. 1 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie ermächtigte Pflegeheime und Behindertenheime teil."

Begründung:

Die Streichung der alten Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO bewirkt, daß der Heimbewohner den Anspruch auf Leistungen der Krankenpflege gegen seine Krankenkasse überhaupt geltend machen kann. Damit kann er aber noch nicht die Krankenpflegeleistung durch den Heimarzt in Anspruch nehmen, sondern nur durch Kassenärzte. Nach geltendem Recht kann zwar der Heimarzt die

Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung erhalten, dies aber nur, wenn der Bedarf durch vorhandene Kassenärzte nicht abgedeckt wird (§ 31 Zulassungsverordnung für Ärzte). Diese Voraussetzung zur Zulassung wird insbesondere in Ballungsgebieten praktisch nie erfüllt sein. Es ist aber im Interesse des Heimbewohners zweckmäßig und geboten, zumindest die hausärztliche Versorgung über den angestellten Heimarzt vollen Umfangs zu ermöglichen. Die Institutsermächtigung stellt die Kontinuität der ärztlichen Versorgung sicher.

Durch die verbesserten Angebote in der ambulanten Pflege haben die Pflegeheime sich in den letzten Jahren immer mehr zu Spezial-einrichtungen zur Versorgung schwer und schwerster Pflegefälle entwickelt. Dies macht in diesen Fällen eine kompetente und kontinuierliche ärztliche Betreuung der Heimbewohner erforderlich. Überdies muß der Arzt das Pflegepersonal im Hinblick auf die medizinische Versorgung anleiten und überwachen. Auch dies setzt Kontinuität in der Person des Arztes voraus.

Gerade in Heimen für Schwerstpflegebedürftige, die häufig in der Regie der Länder bzw. Kommunen geführt werden, reicht die Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte nicht aus, sondern kann in der erforderlichen Effizienz nur durch hauptamtliche Heimärzte gewährleistet werden, die den Versicherten über lange Zeit hindurch kennen und ihm Tag und Nacht persönlich zur Verfügung stehen.

Das Recht auf freie Arztwahl ist durch Art. 1 § 84 Abs. 1 Satz 1 sichergestellt.

107. Artikel 1 § 127 Abs. 1

§ 127 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen, zu deren Aufgaben die psychiatrische und psychotherapeutische Vollversorgung einer bestimmten Region einschließlich Aufnahmeverpflichtung gehört, werden von dem Zulassungsausschuß ermächtigt, Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für die Versicherten zu erbringen; Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen ohne Vollversorgungsauftrag können dazu ermächtigt werden."

Begründung:

§ 127 Abs. 1 sieht in der hier vorgeschlagenen Fassung die Erteilung der Ermächtigung für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zwingend vor, wenn zu ihrem Versorgungsauftrag die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Vollversorgung und die Aufnahmeverpflichtung gehören. Unter den hier beschriebenen Voraussetzungen ist damit die Notwendigkeit zur Erteilung einer Ermächtigung auch für Institutsambulanzen für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben.

Solche Abteilungen stellen für eine bestimmte, räumlich abgrenzbare Region sicher, daß alle, insbesondere auch gegen ihren Willen untergebrachte Patienten dieses Einzugsbereichs aufgenommen werden, und daß im Rahmen dieser Einrichtung die Möglichkeit zur Versorgung aller psychiatrischen Krankheitsbilder der jeweiligen Altersgruppe besteht.

Derartige Abteilungen nehmen damit einen Versorgungsauftrag wahr, der dem von Fachkrankenhäusern entspricht, für die die Erteilung der Ermächtigung bereits jetzt zwingend vorgeschrieben ist.

Die Patientenstruktur in Abteilungen mit Vollversorgungsauftrag entspricht zunehmend der der allgemein-psychiatrischen Versorgungsbereiche in psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Dies erfordert daher auch eine gleichartige Angebotsstruktur; dazu gehört die Möglichkeit, Patienten durch die Institutsambulanz versorgen zu können.

Für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die sich zur Vollversorgung für eine bestimmte Region nicht verpflichtet haben, ist die Notwendigkeit zur Erteilung einer Ermächtigung dagegen nicht erkennbar. Sie widerspräche im übrigen dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung, die begriffsnotwendig die Möglichkeit zur Versorgung aller Patienten miteinschließt, soweit sie nicht einer überregional zu versorgenden Patientengruppe (z.B. Maßregelvollzug) angehören.

108. Artikel 1 § 127 nach Abs. 2

Nach § 127 Abs. 2 ist folgender Absatz 3 anzufügen:

"(3) Sind in einem Psychiatrischen Krankenhaus auch Versicherte untergebracht, die als Pflegefälle gelten, so ist das Krankenhaus von dem Zulassungsausschuß (§ 104) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist auch auf die sonstige ambulante ärztliche Behandlung durch Ärzte des Psychiatrischen Krankenhauses zu erstrecken."

Begründung:

In Psychiatrischen Krankenhäusern sind meist auch Versicherte untergebracht, die dort nicht Krankenhauspflege erhalten, sondern als Pflegefälle gelten. Die vorgesehene Regelung soll ermöglichen, daß diese Versicherten ohne die einengenden Bestimmungen des Absatzes 1 Satz 3 und des Absatzes 2 vom Krankenhaus ambulant ärztlich versorgt werden können. Dies soll auch für die über die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung hinausgehende ärztliche Versorgung gelten, zum Beispiel auf dem Gebiet der Inneren Medizin.

109. Artikel 1 § 128

Die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erfüllen außerordentlich wichtige Aufgaben im System der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Ebenso wie die komplexe Aufgabe "Frühförderung" die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams erfordert, ist die Organisation der Frühförderung von der Vielfalt eines Systems verschiedener Einrichtungen der Frühförderung gekennzeichnet. Neben den insbesondere im medizinischen Bereich hochqualifizierten SPZ, die in erster Linie an Kinderkrankenhäusern oder Krankenhäusern mit ausgebauten Kinderabteilungen bestehen, stehen in einigen Flächenländern regionale Frühfördereinrichtungen, die familiennahe Förderung in ambulanter und mobiler Arbeitsweise gewährleisten, zur Verfügung. Einen hohen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die von diesen Frühfördereinrichtungen ausgehende Hausfrühförderung. Erst durch das gleichberechtigte Zusammenwirken und die wechselseitige Ergänzung aller Einrichtungen entsteht ein Versorgungsnetz, das der Notwendigkeit einer individuellen Förderung jedes einzelnen Kindes entsprechen kann.

Die verkürzte, auf SPZ beschränkte Darstellung des Systems der Frühförderung ist nicht nur sachlich unrichtig, sondern könnte einen Trend herbeiführen, der das System der Frühförderung empfindlich stören und ortsnahe Frühförderangebote verhindern könnte. Es kann weder im Interesse der betroffenen Kinder und Eltern noch auch im Interesse des Kostenträgers Krankenversicherung sein, wenn durch den ausschließlichen Hinweis auf SPZ ein Anreiz zur Gründung und vermehrten Zulassung von SPZ entsteht. Die dann unvermeidliche Sogwirkung würde nicht nur familiennahe Frühförderung gefährden, sondern auch Kostensteigerungen bewirken.

Die Bundesregierung wird deshalb gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie der vorhandenen

organisatorischen Vielfalt der Frühfördereinrichtungen dadurch besser Rechnung getragen werden kann, daß neben den SPZ auch solche Einrichtungen zugelassen oder ermächtigt werden, die zwar nicht unter ärztlicher Leitung stehen, wohl aber unter ständiger ärztlicher Mitwirkung sozialpädiatrische Früh-erkenntnisuntersuchungen gewährleisten und Frühfördermaßnahmen anbieten.

110. Artikel 1 nach § 128

Nach § 128 ist folgender § 128 a einzufügen:

" § 128 a

Anwendbarkeit auf die vertrags-
ärztliche Versorgung

(1) Die Ermächtigung der Zulassungsausschüsse (§ 104) zur ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 124) und Einrichtungen (§§ 125 bis 128) bewirken die entsprechende Teilnahme im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gilt § 129 entsprechend."

Begründung:

Die Vorschriften über die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte und Krankenhauseinrichtungen sollten insbesondere wegen der Auswirkungen auf die Pflegesätze auf alle Kassenarten Anwendung finden.

111. Artikel 1 nach § 128

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie gewährleistet werden kann, daß die Ersatzkassen an den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse nach § 104 angemessen beteiligt werden, wenn sich deren Entscheidungen nach den §§ 125 bis 128 auf alle Versicherten, also auch auf die Versicherten der Ersatzkassen, erstrecken sollen.

112. Artikel 1 § 129 Abs. 1 und 3

In § 129 ist

- a) in Absatz 1 Satz 1 das Wort "Grundsätzen" durch das Wort "Bestimmungen" zu ersetzen,
- b) in Absatz 1 nach Satz 3 folgender Satz 4 anzufügen:

"Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kosten-erstattung auch den Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden nicht berührt.",
- c) Absatz 3 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der Einrichtungen nach § 126, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren kann unter Berücksichtigung der besonderen Leistungs- und Kostenstruktur auch als pauschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den ärztlich geleiteten Einrichtungen vereinbart werden.",

Begründung

zu a:

Künftig werden neben den ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, der Institutsambulanzen sowie den poliklinischen Leistungen auch die Leistungen der Einrichtungen nach § 126 aus der Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung der ambulanten Leistungen erfolgt "nach den für Kassenärzte geltenden Bestimmungen". Dies bedeutet, daß die gleichen Vergütungsregelungen (Gebührentarif BMÄ, Honorarverteilungsmaßstäbe für Kassenärzte u.a.) "wie bei einem Kassenarzt" anzuwenden sind. Damit erhalten die Krankenhausärzte und die ärztlich geleiteten Einrichtungen eine leistungsgerechte Vergütung für die häufig aufwendigeren Untersuchungen und Behandlungen in den Ambulanzen. Den Besonderheiten der ambulanten Behandlung in den Polikliniken wird durch einen Abschlag von der Vergütung in Höhe von 20 vom Hundert Rechnung getragen (Absatz 3).

zu b:

Die Beschränkung des Krankenhausabzuges bei den Entgelten für Leistungen ermächtigter Ärzte auf eine bloße Kostenerstattung widerspricht § 42 Abs. 4 BRRG, wonach die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von

Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn nur die unterste Grenze des Nutzungsentgeltes darstellt. Darüber hinaus ist im Regelfall ein Vorteilsausgleich zu fordern. Der Vorteilsausgleich kann nicht Gegenstand einer Regelung im GRG sein, es muß jedoch klargestellt werden, daß im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Arzt die beamtenrechtlichen Vorschriften über die Zahlung eines Nutzungsentgeltes unberührt bleiben.

Der Hinweis auf die Regelung des Nutzungsentgeltes entspricht § 11 Abs. 6 Bundespflegesatzverordnung.

zu c:

Die in Absatz 3 Satz 1 vorgesehene Möglichkeit der Pauschalierung der Vergütung räumt den Beteiligten einen vertraglichen Gestaltungsspielraum ein, wo die in Absatz 1 vorgesehene Vergütungsregelung "wie bei Kassenärzten" auf abrechnungstechnische Schwierigkeiten stößt oder aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nicht zweckmäßig erscheint. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, gilt die Vergütungsregelung nach Absatz 1.

Bei der Bemessung der Pauschale ist die besondere Leistungs- und Kostenstruktur insbesondere der Polikliniken zu berücksichtigen. Die Pauschalierung darf also nicht dazu führen, daß lediglich die Durchschnittsfallwerte niedergelassener Ärzte angeboten werden.

Für die Institutsambulanzen außerhalb der psychiatrischen Kliniken besteht kein Bedarf für eine Pauschalierung.

113. Artikel 1 § 129 Abs. 3 Satz 2

§ 129 Abs. 3 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Bei den Polikliniken ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre zu kürzen."

Begründung:

Investitionen, die nicht der stationären Versorgung dienen, werden nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert. Soweit Anlagegüter teilweise ambulant genutzt werden, werden sie für diesen Anteil nicht gefördert (siehe Konten-Untergr. Nr. 435, Anl. 4 KHBV). Ambulant genutzte medizinisch-technische Geräte müssen also über entsprechende Entgelte refinanziert werden, so daß insoweit keine Doppelfinanzierung vorliegt und ein Abzug in Höhe von 10 % in diesen Fällen sachlich nicht gerechtfertigt ist.

114. Artikel 1 § 129 Abs. 4

In § 129 Abs. 4 sind die Worte "§ 18 a Krankenhausfinanzierungsgesetzes" zu ersetzen durch die Angabe "§ 122".

Begründung:

Die für Pflegesatzentscheidungen nach dem Pflegesatzrecht zuständige Schiedsstelle (§ 18 a Krankenhausfinanzierungsgesetz) kann nicht für sachfremde Entscheidungen herangezogen werden. Hierfür bietet sich die Schiedsstelle nach § 122 an.

115. Artikel 1 § 130 Abs. 1 und 2

§ 130 Abs. 1 und 2 sind zu streichen.

Begründung:

Insbesondere aus Kostengründen ist es nicht vertretbar, das Belegarztwesen und die Praxis-kliniken besonders zu fördern. Belegabteilungen sind für die Kostenträger unattraktiv, da der Abschlag auf den durchschnittlichen Pflegesatz des Krankenhauses von 5 % nicht ausreicht, um die anfallenden Arztkosten, die über die kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden, auszugleichen. Pflegesatz plus Arztkosten in Belegabteilungen liegen also höher als der Pflegesatz einer Hauptfachabteilung des gleichen Krankenhauses.

Im übrigen ist eine Definition des "Belegarztes" nicht erforderlich.

116. Artikel 1 § 131 Abs. 2

§ 131 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte werden zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Bei Hochschulkliniken ist den Aufgaben der Forschung und Lehre Rechnung zu tragen. Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß (§ 98) bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von der zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu beachten."

Begründung:

Die Neufassung des Absatzes 2 legt im Einklang mit der Gesetzesbegründung eindeutiger als bisher fest, daß der Großgeräteausschuß das zuständige Abstimmungsgremium ist. Die bisherige Regelung, daß § 10 KHG über die Einzelabstimmung von Großgeräten zu berücksichtigen sei, ist ohnehin sachlich bedeutungslos; die Richtlinien des Bundesausschusses nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nummer 10 sollten dagegen nicht als Vorgabe für den Großgeräteausschuß den "Bedarf" bestimmen.

Die Neufassung verdeutlicht ferner die Aussage in der Gesetzesbegründung, daß die Entscheidungen des Großgeräteausschusses durch den Landesausschuß (§ 98) und die zuständige Landesbehörde (§ 10 KHG) umgesetzt werden.

117. Artikel 1 § 131

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte sichergestellt werden, daß die Interessen der Hochschulkliniken im Rahmen des § 131 Abs. 3 und 4 durch eine entsprechende Beteiligung der für die Hochschulen zuständigen obersten Landesbehörde berücksichtigt werden.

118. Artikel 1 § 131 Abs. 5

Artikel 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG)

§ 131 Abs. 5 ist zu streichen.

Als Folge sind in Artikel 29 Nr. 3 in § 51 Abs. 2 Satz 1 die Worte "sowie des Großgeräteausschusses" zu streichen.

Begründung:

§ 131 Abs. 5 steht im Widerspruch zu § 131 Absatz 2 und zur Gesetzesbegründung, wonach die Entscheidungen des Großgeräteausschusses durch Einzelakte des Landesausschusses und der Landesbehörde nach § 10 KHG umgesetzt werden. Diesen Einzelentscheidungen kommt - ähnlich wie dem Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG - Außenwirkung zu. Diese Einzelentscheidung ist der anfechtbare Verwaltungsakt und nicht etwa die Entscheidung des Großgeräteausschusses, der - wie der Krankenhausplan - nur Innenwirkung zukommt.

Als Folge ist § 51 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz anzupassen.

119. Artikel 1 § 131 nach Abs. 5

Nach § 131 Abs. 5 ist folgender Absatz 6 anzufügen:

"(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 115 Abs. 2 entsprechend."

Begründung:

Der wirtschaftliche Einsatz von Großgeräten kann nur sichergestellt werden, wenn auch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Großgeräteplanung mit einbezogen werden.

120. Artikel 1 § 133 Abs. 3 letzter Halbsatz

In § 133 Abs. 3 ist der letzte Halbsatz zu streichen.

Begründung:

Die Bestimmung widerspricht der in § 11 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verankerten Länderzuständigkeit für die Krankenhausförderung. Die Bestimmung verlangt z.B. für den Bereich der physikalischen Therapie, daß ein Krankenhaus über die "... Ausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet". Wann diese Voraussetzung erfüllt ist, soll von der Selbstverwaltung - ohne Beteiligung des Staates - festgelegt werden (§ 133 Abs. 3, § 134). Dies bedeutet einen Eingriff in die Förderverantwortung der Länder, denen die fachliche Prüfung praktisch verwehrt wird, welche Ausstattungsstandards mit den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit vereinbar und deswegen förderfähig sind.

121. Artikel 1 § 138 nach Abs. 5, § 140 nach Abs. 3

a) Nach § 138 Abs. 5 ist folgender Absatz 5a einzufügen:

"(5a) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete Spitzenorganisation der Apotheker ist verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen."

b) Nach § 140 Abs. 3 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

"(4) Die Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen."

Begründung zu a und b:

Die Verpflichtung soll absichern, daß die notwendigen Daten und Auskünfte zur Erstellung der Preisvergleichsliste bzw. zur Bestimmung der Festbeträge auch dann übermittelt werden, wenn die Verträge nach § 138 bzw. § 140 noch nicht abgeschlossen sind.

Die Formulierung lehnt sich an die Mitwirkungspflicht der pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen des Verfahrens der Transparenzkommission an, wie sie in § 39 e des Arzneimittelgesetzes festgelegt ist.

122. Artikel 1 § 139 Abs. 2 nach Satz 1

In § 139 Abs. 2 nach Satz 1 ist folgender Satz anzufügen:

"Liegt der maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach Absatz 1 unter dem Festbetrag, bemißt sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis."

Begründung:

Der Apotheker darf nur auf den Preis rabattpflichtig werden, den er der Krankenkasse in Rechnung stellen kann.

123. Artikel 1 nach § 141

Nach § 141 ist folgender § 141 a einzufügen:

"§ 141 a
Zahntechnische Leistungen

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Voraussetzungen für die Lieferberechtigung der Zahntechniker im Rahmen der Kassenzahnärztlichen Versorgung. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt das Schiedsamt nach § 97 Abs. 7 den Vertragsinhalt fest; das Schiedsamt wird in diesen Fällen um sieben von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestellte Vertreter erweitert."

Begründung:

Die zu vereinbarenden Voraussetzungen sollen im Interesse der Versicherten und der Krankenkasse u.a. gewährleisten, daß Personen die Leistungen erbringen, die ihre berufsrechtliche und berufspraktische Befähigung nachgewiesen haben.

124. Artikel 1 § 144 Abs. 4 nach Satz 1

In § 144 Abs. 4 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen:

"Dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ist vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

Begründung:

Auf den Sachverstand der Zahntechniker sollte bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz nicht verzichtet werden.

125. Artikel 1 § 144 Abs. 5

a) In § 144 Abs. 5 Satz 1 sind nach den Worten "Kassenzahnärztlichen Vereinigung" die Worte "die Einrichtung anzuzeigen und" einzufügen.

b) Nach § 144 Abs. 5 Satz 1 sind folgende Sätze einzufügen:

"Die Labors müssen sich in den Praxisräumen befinden und dürfen nur für den praxiseigenen Bedarf tätig sein. Die Laborleistungen sind nur vom Zahnarzt selbst zu erbringen oder unter seiner Aufsicht und nach seiner fachlichen Weisung von Mitarbeitern, die eine abgeschlossene Ausbildung im Zahntechniker-Handwerk nachweisen können."

Begründung:

Zur Qualitätssicherung bei zahntechnischen Leistungen, die in praxiseigenen Labors erbracht werden, sollen ausdrücklich Mindestanforderungen der persönlichen Leistungserbringung bzw. der zahnärztlichen Aufsicht und Weisung bei angestellten Personen genannt und die unmittelbare Nähe zur Praxis gewährleistet werden. Zum Wesen des praxiseigenen Labors gehört die räumliche Anbindung an die Praxis.

126. Artikel 1 § 150 nach Abs. 2

In § 150 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) Durch die Empfehlung nach Absatz 2 über die Veränderung der Gesamtausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege werden die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Bemessung der Pflegesätze entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht berührt. Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze sind nicht zulässig."

Begründung:

Es muß unzweifelhaft feststehen, daß die Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach wie vor ihre volle Gültigkeit haben. Die Streichung dieser bisher in § 405 a Abs. 2 RVO enthaltenen Passage würde den Eindruck erwecken, als seien hiermit andere Intentionen verbunden.

127. Artikel 1 § 152 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1

a) § 152 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

"(1) Ortskrankenkassen bestehen für den Bezirk kreisfreier Städte und Landkreise oder für größere Bezirke."

b) § 152 Abs. 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

"Die Landesregierung paßt durch Rechtsverordnung die Bezirke der Ortskrankenkassen den Grenzen der Gebietskörperschaften an."

Begründung

zu a:

Da weitgehend Übereinstimmung zwischen den Bezirken der Gebietskörperschaften und den Bezirken der Ortskrankenkassen besteht, sollte diese Regelung nunmehr auch gesetzlich vorgegeben werden. Kleinere Kassenbezirke widersprechen dem Grundsatz der Einräumigkeit der Verwaltung und sind einem vernünftigen Solidar- ausgleich hinderlich. Größere Kassenbezirke bleiben möglich.

Für den Vollzug des Gesetzes sieht eine Übergangsvorschrift die freiwillige Vereinigung beteiligter Ortskrankenkassen innerhalb eines Jahres vor (Art. 65 a).

zu b:

Wird die Übereinstimmung der Kassenbezirke mit den Bezirken kreisfreier Städte oder Landkreise vorgegeben, so muß auch die Anpassung der Bezirke der Ortskrankenkassen an die Grenzen der Gebietskörperschaften zwingend vorgeschrieben werden.

128. Artikel 1 § 153 Abs. 1 Satz 1

In § 153 Abs. 1 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"In einem Land können sich Ortskrankenkassen in benachbarten Bezirken kreisfreier Städte oder Landkreise auf Beschluß ihrer Vertreterversammlung vereinigen."

Begründung:

Es ist sozialpolitisch unerwünscht, daß länderübergreifende und damit bundesunmittelbare Ortskrankenkassen bestehen. Sowohl der Grundsatz des föderativen Bundesstaates wie auch eine notwendige regional organisierte Gliederung der Versicherungsträger erfordern die vorgesehene Eingrenzung. Die Gesundheitspolitik der Länder bedarf ordnungspolitisch der landesunmittelbaren Gesprächspartner. Außerdem soll verhindert werden, daß sich innerhalb eines Landes andere als benachbarte Ortskrankenkassen vereinigen.

129. Artikel 1 § 154 Abs. 1 Nrn. 1, 2

In § 154 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ist die Zahl "12,5" jeweils zu ersetzen durch die Zahl "10".

Begründung

Durch die Absenkung der Bedarfsschwelle und der Schwelle des Beitragssatzes auf jeweils 10 v.H. soll die Möglichkeit geschaffen werden, rechtzeitig eine Vereinigung der betroffenen Ortskrankenkassen vor einer drohenden Liquiditätskrise herbeizuführen.

130. Artikel 1 § 166 nach Abs. 2, § 168 Abs. 1 Satz 3,
§ 169 Abs. 1 Satz 3, § 184 Abs. 1 Satz 1,
§ 184 Abs. 2 Satz 2

Nach Artikel 57

In § 166 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:
"(3) Der Bezirk einer Innungskrankenkasse darf nicht
über das Gebiet eines Landes hinausreichen."

Als Folgen sind

- § 168 Abs. 1 Satz 3 wie folgt zu fassen:

"§ 166 Abs. 3 und § 167 gelten entsprechend.",

- in § 169 Abs. 1 Satz 3 der Punkt durch ein Komma
zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen:

"§ 166 Abs. 3 gilt.",

- in § 184 Abs. 1 Satz 1 der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen:

"sofern ihr Beschäftigungsort im Kassenbezirk liegt.",

- in § 184 Abs. 2 Satz 2 das Wort "Innungsbezirk" durch das Wort "Kassenbezirk" zu ersetzen,

- nach Artikel 57 folgender Artikel 57 a einzufügen:

"57 a

Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

§ 184 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch für die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Innungskrankenkassen. Wegen der dadurch ausscheidenden Mitglieder findet zwischen den beteiligten Kassen keine Auseinandersetzung statt."

Begründung:

Die historisch gewachsene Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung - wie sie die Reichsversicherungsordnung vorsah - wird durch Entwicklungen, die überwiegend in Strukturveränderungen im Handwerk liegen, zunehmend einseitig zugunsten der Innungskrankenkassen und zu Lasten der Allgemeinen Ortskrankenkassen verändert. Die für die Allgemeinen Ortskrankenkassen ungünstige Entwicklung wird u.a. mangels einer Regelung in der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Abgrenzung der Kassenbezirke von Innungskrankenkassen begünstigt.

Der neu einzufügende Absatz 3 des § 166 bezweckt die Begrenzung des Zuständigkeitsbereiches von Innungskrankenkassen auf das Gebiet eines Bundeslandes.

Sozialpolitisch bedenklich sind die Fälle, in denen der Innungsbezirk einer Trägerinnung über den nach der Kassensatzung definierten Kassenbezirk (Landkreis, Regierungsbezirk, Bundesland) hinausreicht; wobei innerhalb eines Innungsbezirks, aber außerhalb des in der Satzung definierten "Kassenbezirks", ein der Innung angehörender Betrieb seine Betriebsstätte unterhält, in der er versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigt. Der Regelungsbedarf ergibt sich aus der tatsächlichen Entwicklung im Handwerk. Es gibt Anzeichen dafür, daß einige Innungen systematisch großräumige Zuständigkeiten anstreben; bereits jetzt existieren zahlreiche Innungen, die länderübergreifend tätig sind. In mehr als der Hälfte der 11 Bundesländer sind länderübergreifende Innungen tätig. Diese Entwicklung mag aus handwerksrechtlicher Sicht sinnvoll sein. Die Entwicklung auf Innungsebene ist aber aus sozialpolitischen Gründen nicht hinzunehmen, denn die dargestellte Entwicklung würde letztlich zu bundesweit agierenden Großkassen des Handwerks führen. Die jüngste Entwicklung zeigt diese Richtung deutlich auf. So gibt es bereits in Bremen und Hamburg nur noch bundesunmittelbare Innungskrankenkassen. Auch Innungskrankenkassen von Flächenländern sind inzwischen über Ausdehnungsverfahren über die Landesgrenzen hinausgewachsen und bundesunmittelbar geworden.

zu Artikel 57 a - neu -:

Im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich örtlich begrenzt ist, werden Innungskrankenkassen für die der Trägerinnung bzw. den Trägerinnungen angehörigen Betriebe errichtet. Ihr örtlicher Zuständigkeitsbereich ist damit nicht durch besondere Regelungen abgegrenzt, er folgt vielmehr den Vorschriften des Handwerksrechts und dem tatsächlichen Zuständigkeitsbereich der Trägerinnungen und ihrer Betriebe.

Unterhalten der Innungskrankenkasse angehörende Betriebe unselbständige Betriebsteile - in denen sie versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen - in einem anderen Land, erstreckt sich damit die Zuständigkeit der Kasse über das Gebiet eines Landes hinaus. Nach § 90 Abs. 1 SGB IV geht als Folge die Aufsichtszuständigkeit auf das Bundesversicherungsamt über. Die Verlagerung der staatlichen Aufsicht vom Land auf den Bund widerspricht dem Gedanken der Regionalität.

Die Korrektur der Aufsichtszuständigkeit darf sich nicht auf Neufälle beschränken, sondern muß auch für bestehende Kassen gelten. Von einer Auseinandersetzung wird abgesehen, weil der Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zur wirtschaftlichen Bedeutung stünde.

131. Artikel 1 § 171 Satz 1

In § 171 sind die Worte "nach Anhörung des Gesellenausschusses" sowie "nach Anhörung der Gesellenausschüsse" zu streichen.

Begründung

Die Wahrnehmung der arbeitnehmerseitigen Interessen wird - wie auch bei Betriebskrankenkassenauflösungen in § 161 - durch die Entscheidungsfunktion der Vertreterversammlung ausreichend sichergestellt. Insoweit kann auf die Anhörung des Gesellenausschusses verzichtet werden.

132. Artikel 1 § 194 Abs. 2 Nr. 3

§ 194 Abs. 2 Nr. 3 ist zu streichen.

Begründung:

Freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse des Ehegatten wählen. Diese Regelung eröffnet für Beschäftigte (insbesondere Arbeiter), die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei sind, ein ansonsten nicht bestehendes und systemfremdes Beitrittsrecht zu Ersatzkassen. Sie werden sich vor allem dann für die Kasse des Ehegatten entscheiden, wenn dieser einen günstigeren Beitragssatz hat. Dies führt zu weiteren Verwerfungen in den Risikostrukturen, auch unter den Ersatzkassen. Von einer derartigen Regelung ist daher abzusehen.

133. Artikel 1 § 203 Abs. 2

§ 203 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Die Satzung darf nur Bestimmungen enthalten und Leistungen vorsehen, die dieses Buch gesetzlich vorschreibt oder zuläßt."

Begründung:

Notwendige Anpassung an den Regelungsgehalt des § 30 SGB IV.

134. Artikel 1 § 216 Abs. 3

§ 216 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

"(3) Für länderübergreifende Landesverbände gilt Absatz 2 mit der Maßgabe entsprechend, daß für den Fortbestand die Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder erforderlich ist. Artikel 3 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen findet insoweit keine Anwendung."

Begründung;

Der Gesetzentwurf weist den Landesverbänden der Krankenkassen neue wichtige Aufgaben insbesondere im Krankenhausbereich (Abschluß und Kündigung von Versorgungsverträgen, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, Großgeräteplanung) zu. Auch im Bereich der Rechtsbeziehungen zu Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und sonstigen Leistungserbringern erfährt die Stellung der Landesverbände eine deutliche Aufwertung.

Zu einer wirksamen Gesundheitspolitik auf Landesebene sind daher künftig noch intensivere Kontakte zwischen den obersten Landesbehörden, den Landesverbänden der Anbieter und den Landesverbänden der Krankenkassen geboten. Dies setzt entsprechende Organisationsstrukturen der Landesverbände der Krankenkasse voraus.

135. Artikel 1 § 220 Abs. 2

In § 220 Abs. 2 sind die Worte "und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen" zu streichen.

Begründung:

Der Ausweitung der Unterstützungsaufgaben auf eine generelle Wahrnehmung der Interessen der Mitgliedskassen bedarf es nicht. Soweit eine Wahrnehmung der Interessen der Mitgliedskassen notwendig ist, enthalten die Nummern 3 und 4 des § 220 Abs. 2 hinreichende Konkretisierungen.

136. Artikel 1 § 220 Abs. 2 Nr. 8

In § 220 Abs. 2 Nr. 8 sind die Worte "mit Wirkung für die" durch die Worte "in Abstimmung mit den" zu ersetzen.

Begründung:

Hiermit wird der bisherige Wortlaut des § 414 e Satz 2 Buchstabe h RVO wiederhergestellt.

Nach § 220 Abs. 2 Nr. 8 des Gesetzentwurfs sollen die Landesverbände die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen insbesondere auch durch Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren "mit Wirkung für die" Mitgliedskassen unterstützen. Nach der Begründung zum Entwurf soll hiermit die Wahrnehmung von Verbandsaufgaben im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung erleichtert werden.

Insbesondere aus Wirtschaftlichkeits-Grundsätzen ist es zwar unbedingt notwendig, daß Verfahren und Programme für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung zentral entwickelt werden. § 220 Abs. 2 Nr. 8 des Gesetzentwurfs sieht aber darüber hinaus vor, daß die Landesverbände auch die Art der Datenverarbeitung (eigenes oder Gemeinschafts-Rechenzentrum) "mit Wirkung für" die Kassen bestimmen.

Diese Regelung würde die Organisationsfreiheit der einzelnen Krankenkassen erheblich einengen. Abgestimmte und arbeitsteilige Datenverarbeitung von Krankenkassen mit evtl. zusätzlicher eigener oder portabler Software in eigenen Rechenzentren wäre dann nicht mehr möglich, ist in Zukunft aber wichtiger denn je; insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit der Kosten- und Leistungstransparenz und der Durchleuchtung von Risikostrukturen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die in einem Groß-Rechenzentrum eingebundenen Krankenkassen im Hinblick hierauf bei weitem nicht so flexibel sein können, wie Krankenkassen mit eigenem Rechenzentrum.

Auf welche Weise innovative und schnell greifende Projekte von Krankenkassen mit eigenen Rechenzentren in Angriff genommen und verwirklicht werden können, ist von einigen Ortskrankenkassen eindrucksvoll praktiziert worden. Einer intensiven Zusammenarbeit dieser AOK'en ist es z. B. zu verdanken, daß erstmals konkrete Aussagen über die finanzielle Belastung durch bestimmte Risikogruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Gerade damit sind für den Gesetzgeber wesentliche Entscheidungshilfen im Hinblick auf die Strukturreform des Gesundheitswesens geschaffen worden. Auch für die Weiterentwicklung gewährleisteten kasseneigene Anlagen eine rasche Umsetzung.

Deshalb entspricht der Vorschlag letztlich nur dem mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziel, im § 220 Abs. 2 Nr. 8 die Fassung des § 414 e Buchst. h RVO wiederherzustellen.

137. Artikel 1 § 222 Abs. 4

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren das Recht zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften als eine besondere institutionalisierte Form der Zusammenarbeit von Krankenkassen, Landesverbänden und Spitzenverbänden unter Einbeziehung des § 94 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch zu vereinheitlichen. Die Notwendigkeit einheitlicher rechtlicher Grundlagen ergibt sich für die Arbeitsgemeinschaften nach § 222 Abs. 4, § 228 und bereits bestehende Arbeitsgemeinschaften, wie die Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Essen. Dabei erscheint es nicht zweckmäßig, der Selbstverwaltung auf allen Ebenen die Wahl der Rechtsform zu überlassen, in der solche Arbeitsgemeinschaften geführt werden können. Insbesondere muß ausgeschlossen werden, daß sich in diesem Zusammenhang neue Selbstverwaltungsorgane etablieren, die das Selbstverwaltungsrecht nicht vorsieht.

Soweit es sich um die Wahrnehmung einheitlicher und gemeinsamer Aufgaben des Vertragsrechts handelt, sind insbesondere auf Landesebene Arbeitsgemeinschaften zwingend vorzuschreiben.

138. Artikel 1 § 226 Abs. 1

In § 226 Abs. 1 ist das Wort "bundesrechtlich" durch das Wort "gesetzlich" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an § 220 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Harmonisierung mit § 30 SGB IV.

139. Artikel 1 § 226 Abs. 2

In § 226 Abs. 2 sind die Worte "und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen" zu streichen.

Begründung:

Es bedarf keiner Generalklausel, mit der den Bundesverbänden die Wahrnehmung von Landesverbandsinteressen übertragen wird. Der Katalog der aufgeführten Unterstützungsaufgaben enthält eine ausreichende Konkretisierung. Eine Aufgabenausweitung der Bundesverbände, etwa im Bereich der Entwicklung von Marketingkonzepten und Marketing-Strategien, ist nicht wünschenswert. Zudem widerspricht es dem föderativen Staatsaufbau, Verbandsaufgaben zunehmend zu zentralisieren.

140. Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 4

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Frage zu prüfen, ob in Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 4 SGB V die Worte "Entscheidung von" durch die Worte "Vermittlung bei" ersetzt werden sollten.

Begründung:

Gegen die länderübergreifende Entscheidungszuständigkeit der Bundesverbände bestehen rechtliche Bedenken.

141. Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 9

§ 226 Abs. 2 Nummer 9 ist wie folgt zu fassen:

"9. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen."

Begründung:

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Klarstellung wünschenswert.

142. Artikel 1 § 226 Abs. 3

§ 226 Abs. 3 ist zu streichen.

Begründung:

Durch die in Absatz 3 genannten Grundsatzentscheidungen der Bundesverbände würden die Kompetenzen der regionalen Selbstverwaltung auf sachlich nicht vertretbare Weise eingeschränkt werden. Eine solche Zentralisierung von Zuständigkeiten widerspricht dem dezentralen Krankenversicherungssystem und damit dem Erfordernis des Vorrangs der regionalen Selbstverwaltung.

143. Artikel 1 § 227

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, welche Aufgaben regionale Kassenverbände weiterhin übernehmen sollen, und diese Aufgaben konkret im Gesetz festzulegen. Sie werden außerdem gebeten, die Bildung regionaler Kassenverbände und regionaler Arbeitsgemeinschaften aufeinander abzustimmen.

144. Artikel 1 § 228

a) In § 228 ist folgender Absatz 1 voranzustellen:

"(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden auf Landesebene eine Arbeitsgemeinschaft. Die Verbände arbeiten in dieser Arbeitsgemeinschaft eng zusammen, insbesondere durch gegenseitige Unterrichtung, Koordinierung und Abstimmung. Dies gilt vor allem für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die Arbeitsgemeinschaft ist für alle Entscheidungen zuständig, die von den Verbänden nur gemeinsam getroffen werden können."

b) Der bisherige Text des § 228 wird Absatz 2; in Satz 1 ist nach dem Wort "Aufgaben" das Wort "weitere" einzufügen.

Begründung:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben in den Ländern nach dem Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes sowie nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Krankenhausgesetzen der Länder weitreichende Mitwirkungs- und Gestaltungsbefugnisse. Viele Entscheidungen der Verbände werden nur wirksam, wenn sie gemeinsam getroffen werden, z.B. der Abschluß von Versorgungsverträgen nach den §§ 117 und 119. Auch außerhalb dieser gesetzlichen Mitwirkungs- und Gestaltungsbefugnisse haben die Verbände ein weites Aufgabenfeld.

Es liegt im Interesse einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, daß die Verbände hierbei eng zusammenarbeiten. Dies sollte in institutionalisierter Form im Rahmen einer auf Landesebene zwingend zu bildenden Arbeitsgemeinschaft geschehen.

Darüber hinaus können weitere Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, falls Krankenkassen und Verbände dies als angebracht ansehen.

145. Artikel 1 § 275 Abs. 1

In § 275 Abs. 1 ist die Zahl "10" durch die Zahl "5" zu ersetzen.

Begründung

Der nach § 275 vorge-
sehene verbindliche Finanzausgleich
zwischen den Mitgliedskassen eines
Landesverbandes gewährleistet den
bei erheblichen unterschiedlichen
Beitragssätzen der einzelnen Mit-
gliedskassen notwendigen Finanzaus-
gleich nicht, weil die Ausgleichs-
schwelle von 10 v. H. des durch-
schnittlichen Bedarfssatzes so hoch
angesetzt ist, daß sie nur in einem
extremen Ausnahmefall von der einen
oder anderen Mitgliedskasse über-
schritten werden kann.

Um einen wirksamen Finanzausgleich
unter den Mitgliedskassen des Lan-
desverbandes herbeizuführen, ist es
erforderlich, entsprechend dem
geltenden Recht von einer Aus-
gleichsschwelle von 5 v. H. des
durchschnittlichen Bedarfssatzes
auszugehen.

146. Artikel 1 nach § 282,

Artikel 5 Nr. 2, Artikel 24, Artikel 70 nach Abs. 2

Nach § 282 ist folgender Fünfter Abschnitt einzufügen:

"Fünfter Abschnitt

Prüfung der Krankenkassen

§ 282 a

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs-
und Betriebsführung

(1) Das Bundesversicherungsamt für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von ihnen bestimmten Behörden für die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger haben die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenversicherungsträger mindestens alle fünf Jahre durch eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung, die bei Durchführung ihrer Aufgaben unabhängig ist, zu prüfen. Die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger haben der durch Bundesrecht, die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger der durch Landesrecht errichteten oder zugelassenen Prüfungseinrichtung auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur pflichtgemäßen Durchführung der Prüfung erforderlich sind. Der Prüfungsbericht ist auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann der Prüfungseinrichtung weitere Prüfungen übertragen.

(3) Die Kosten der Prüfung tragen die geprüften Körperschaf-

ten. Kosten dieser Prüfung, die auch im Interesse der Aufsichtsbehörde entstehen (Aufsichtsprüfung), werden zum entsprechenden Anteil vom Bund bzw. dem Land getragen. Für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, für die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes das Nähere."

Folgeänderungen:

- In Artikel 5 ist die Nummer 2 zu streichen.
- In Artikel 24 ist die Nummer 4 wie folgt zu fassen:
"4. Nummer 6 wird gestrichen.
- In Artikel 70 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:
"(2a) Artikel 1 § 282 a tritt am 1. Januar 1990 in Kraft."

Begründung:

zu § 282 a:

Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine regelmäßige, umfassende, der Verantwortung des Staates gerechtwerdende Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung im Hinblick auf

- die beträchtlichen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der Kosten im Gesundheitswesen,
- die finanzielle Belastung der Beitragszahler,

- die hohe Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane und
- die Verantwortung der Aufsichtsbehörden gegenüber dem Parlament

unerlässlich. Wie im gesamten Bereich der durch juristische Personen des öffentlichen Rechts wahrgenommenen mittelbaren Staatsverwaltung ist eine von der zu prüfenden Körperschaft unabhängige Prüfung erforderlich. Die Wirksamkeit des Prüfwesens, das Vertrauen der Beitragszahler und Anspruchsberechtigten und der Allgemeinheit in eine ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben setzen voraus, daß die Prüfeinrichtungen bei der Durchführung ihres Prüfauftrages sowohl von Aufträgen der zu prüfenden Körperschaft wie aber auch von sonstigen Einflüssen unabhängig sind. Dieser dem Prüfwesen immanente Grundsatz gilt auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die nach Absatz 1 einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Prüfungseinrichtung zu übertragende Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

dient neben der Kontrolle der Rechtsanwendung der Information der Verantwortlichen; sie soll weiterführende Überlegungen fördern, Orientierungs- und Entscheidungshilfen geben. Ein modernes Verständnis von dieser Prüfung ist nicht primär auf die Aufdeckung von Fehlern oder Mängeln gerichtet, sondern soll einen entscheidenden Beitrag zur rechtzeitigen Erkenntnis von Schwachstellen leisten und wirkt vor allem präventiv.

Die in § 282 a vorgesehene Prüfung bietet in ihren tatsächlichen Feststellungen und Ergebnissen auch die objektive Grundlage für die in § 275 Abs. 3 des Entwurfs vorgesehene Untersuchung der Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes und die entsprechenden Ansätze für Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage der Kasse. In ihrem Rahmen wird die Wirtschaftlichkeit insgesamt einschließlich der Verwaltungskosten geprüft.

Eine Eigenprüfung genügt, selbst wenn sie durch autorisierte Externe erfolgt, nicht den Anforderungen, die in allen anderen

Bereichen mittelbarer Staatsverwaltung an eine Prüfung mit Entlastungswirkung gestellt werden.

Satz 3 des Absatzes 1 trägt den Informationsbedürfnissen der Aufsichtsbehörde Rechnung.

zu Art. 5:

Da eine Doppelprüfung vermieden werden soll, ist in Artikel 5 deshalb die Nummer 2 zu streichen.

zu Art. 70:

Die vorgesehene Inkrafttretensregelung läßt ausreichend Zeit zur Umsetzung der neuen Vorschrift.

147. Artikel 1 § 284 Abs. 1

In § 284 Abs. 1 sind folgende Sätze anzufügen:

"Unterlagen, die der Versicherte seiner Krankenkasse selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67 Satz 2 des Zehnten Buches."

Begründung:

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

148. Artikel 1 § 284 Abs. 2

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob nicht im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in BVerfGE 32, 54 ff. die Befugnis zum Betreten von Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß Artikel 1 § 284 Abs. 2 zu beschränken ist auf ein Recht zum Betreten nur der Geschäftsräume des Krankenhauses und nur während der üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten.

149. Artikel 1 § 286

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob die Konsequenzen aus der rechtlichen Verselbständigung der Arbeitsgemeinschaft "Medizinischer Dienst" ausreichend geregelt sind.

1. Es fehlen Vorschriften, die die Art und den Umfang der vom Medizinischen Dienst erhobenen Daten, die zulässigen Verwendungszwecke und die Vernichtung der Daten regeln, wie dies für die Krankenkassen richtigerweise erfolgt ist.
2. Nicht geklärt ist, ob auf den Medizinischen Dienst die Offenbarungsvorschriften der §§ 67 ff SGB X anwendbar sind, oder ob diese von der Spezialvorschrift über die Mitteilungspflichten (§ 285) verdrängt werden. Dies ist im Hinblick auf § 76 Abs. 2 SGB X von erheblicher Bedeutung und betrifft auch die grundsätzliche Position des Medizinischen Dienstes als ausschließliche Begutachtungsstelle für die Krankenkassen.
3. Der Auskunftsanspruch der Versicherten gegenüber dem Medizinischen Dienst über seine in Dateien gespeicherten Daten ergibt sich aus § 79 SGB X, § 13 BDSG, §§ 83, 25 SGB X. Das Akteneinsichtsrecht des § 25 Abs. 2 SGB X hingegen besteht wegen des Vorbehalts in § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB X nicht, selbst wenn man beim Medizinischen Dienst ein "Verwaltungsverfahren" annimmt. Das Akteneinsichtsrecht des Versicherten bei seiner Krankenkasse bietet hierfür kein Äquivalent, da die Inhalte nicht deckungsgleich sein müssen.

150. Artikel 1 § 287 Abs. 6

In § 287 sind in Absatz 6 nach den Worten "§ 64 Abs. 1 und 2" die Worte "Satz 2" einzufügen.

Begründung:

Die Sonderregelung des § 288 Abs. 2 verlangt für die Beschlüsse des Verwaltungsrates die einfache Mehrheit der Mitglieder. Neben dieser Sonderregelung ist für eine Verweisung auf die allgemeine Regel des § 64 Abs. 2 Satz 1 SGB IV, die wegen der vorgesehenen Beschlußfassung mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen zudem noch anderslautend ist, kein Platz.

151. Artikel 1 § 289 Abs. 3 Satz 2

In § 289 Abs. 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"§ 87 Abs. 1 Satz 2, §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 282 a gelten unter Beachtung des § 283 Abs. 3 entsprechend."

Begründung:

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 286 Abs. 1) unterliegt der "Medizinische Dienst der Krankenversicherung" der Aufsicht mit der Folge, daß die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung prüfen kann und die Verpflichtungen aus § 88 Abs. 2 SGB IV auch für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu gelten haben.

Schon der bisherige Vertrauensärztliche Dienst

untersteht als Bestandteil der Landesversicherungsanstalt der Aufsicht nach § 87 ff.

SGB IV.

Auch für die (spätere) Organisationsform einer Arbeitsgemeinschaft gilt über § 228 Satz 2 des Entwurfs und § 94 Abs. 2 SGB X für den "Medizinischen Dienst der Krankenversicherung" § 88 SGB IV, der aufsichtliche Befugnisse vorsieht.

Die Notwendigkeit, die Körperschaft des öffentlichen Rechts ebenso wie Krankenkassen, Krankenkassenverbände einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Prüfung zu unterziehen, ergibt sich aus der Begründung zu § 282 a (neu).

Die "ärztliche Unabhängigkeit" gemäß § 283 Abs. 3 ist auch bei Ausübung der Aufsicht über den bzw. bei der Prüfung des "Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung" zu wahren.

152. Artikel 1 § 293 Abs. 1 Satz 2

In § 293 Abs. 1 sind in Satz 2 nach dem Wort "Gesundheitsvorsorge" die Worte "und Rehabilitation" einzufügen.

Begründung:

Wegen des Dreijahreszeitraumes in § 39 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch müssen auch die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation aufgezeichnet werden.

153. Artikel 1 § 294 Abs. 1

In § 294 sind in Absatz 1 nach dem Wort "Abrechnungsbelegen" die Worte "im erforderlichen Umfang" einzufügen.

Begründung:

Notwendige Klarstellung.

154. Artikel 1 § 295

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Übersicht nach § 295 Abs. 3 Satz 1 mit der nach § 15 Satz 2 Nr. 1 BDSG zu führenden Übersicht und der Registermeldung nach § 19 Abs. 4 BDSG inhaltlich abgestimmt werden kann.

155. Artikel 1 § 296 Abs. 1 Satz 2

In § 296 Abs. 1 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Die Frist beginnt mit Ablauf des Tages der letzten Leistungsgewährung; für Leistungen, die für einen bestimmten Zeitraum gewährt werden, beginnt die Frist mit Ablauf des letzten Tages dieses Zeitraums."

Begründung:

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

156. Artikel 1 § 296 Abs. 2

- a) In § 296 sind in Absatz 2 nach den Worten "verordneten Leistungen (§ 294)" die Worte ", die übermittelten Daten für die Stichprobenprüfung (§ 304) und in Überweisungsfällen (§ 305)" einzufügen.
- b) In § 296 Abs. 2 Nr. 1 sind nach den Worten "nicht gestellt wird" die Worte ", längstens jedoch nach zwei Jahren" einzufügen.

Begründung:

zu a):

296 Abs. 2 präzisiert und modifiziert die allgemeine Löschungsvorschrift des § 84 SGB X für die Leistungsdaten über Versicherte, die als besonders sensibel eingestuft werden und im Überblick über längere Zeiträume die Erstellung von "Patientenkarrieren" ermöglichen. Der Zweck "Wirtschaftlichkeitsprüfung" (§§ 294, 304, 305) wird für eine Bestimmung der Lösungsfrist nach § 84 SGB X nicht für ausreichend gehalten.

Es ist daher folgerichtig, ähnlich wie in § 297 Abs. 2 für die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen, die nicht weniger sensiblen ärztlichen Behandlungsdaten aus der

Übermittlung für Stichproben und in Überweisungsfällen auch bei den Krankenkassen der präzisierenden Vorschrift des § 296 Abs. 2 zu unterstellen. Die Überweisungsdaten sind zwar nicht versichertenbezogen, müssen jedoch wegen des Sachzusammenhangs in die Sondervorschrift zur Löschung von Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden.

zu b:

Die Eingriffsintensität der Speicherung von Leistungsdaten in das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Versicherten beurteilt sich in hohem Maße auch nach der Dauer. Die Fristenbestimmung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in Prüfungsvereinbarungen soll durch eine gesetzliche Höchstdauer eingeschränkt werden, um die Verhältnismäßigkeit der Speicherungen zu gewährleisten.

157. Artikel 1 § 296 Abs. 4

In § 296 Abs. 4 ist das Wort "Aufbewahrungsfristen"
durch das Wort "Aufbewahrung" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Änderung. § 84 des Zehnten Buches sieht keine
Löschungsfristen vor.

158. Artikel 1 § 297 Abs. 1

In § 297 ist in Absatz 1 das Wort "Prüfungsausschüssen" durch die Worte "für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Ausschüssen" zu ersetzen.

Begründung:

Der Begriff "Prüfungsausschüsse" ist ein bereits belegter Begriff für die 1. Prüfungsinstanz (§ 114 Abs. 4) und eignet sich deshalb nicht als Oberbegriff für die Prüfungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten.

159. Artikel 1 § 298 Überschrift, Satz 1, 2

a) Die Überschrift des § 298 ist wie folgt zu fassen:

"Krankenversichertennummer".

b) In § 298 Satz 1 und Satz 2 ist jeweils das Wort "Versichertennummer" durch das Wort "Krankenversichertennummer" zu ersetzen.

Begründung:

Notwendige Klarstellung.

160. Artikel 1 § 303 Abs. 1

In § 303 Abs. 1 ist die Angabe "§ 91 Abs. 3" durch die Angabe "§ 90 Abs. 1" zu ersetzen.

Begründung:

Klarstellung des Gewollten.

161. Artikel 1 § 303 nach Abs. 1

In § 303 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Die Landesverbände der Krankenkassen können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung als Bestandteil der Verträge nach § 91 Abs. 1 eine von Absatz 1 Nr. 7 und 8 abweichende Regelung vereinbaren. § 90 Absatz 1 Satz 2 gilt insoweit für die Regelung nach Absatz 1 Nr. 7 und 8 nicht."

Begründung:

Die Regelungsbereiche des Absatzes 1 Nr. 7 und 8 können praxisgerecht auch auf der Selbstverwaltungsebene des Landesbereichs festgelegt werden. Zur Vermeidung von Widersprüchen im Gesamtvertrag wird die gesamtvertragliche Geltung des Bundesmantelvertrages insoweit ausgeschlossen.

162. Artikel 1 § 304 nach Nr. 4, § 305

a) In § 304 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

"4a. die je Behandlungsfall und Arzt abgerechneten Kosten,".

b) In § 305 sind nach dem Wort "Leistungen" folgende Worte einzufügen:

"und abgerechneten Kosten "

Begründung:

Die maschinelle Aufbereitung der abgerechneten Kosten erfolgt derzeit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarabrechnung. Eine erneute Berechnung bei den Krankenkassen wird überflüssig.

163. Artikel 1 § 304 Abs. 1 - neu -

In § 304 ist folgender Absatz 1 einzufügen:

"(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen auf Verlangen die Angaben über die ärztlichen Leistungen, die für die Erfüllung der in § 310 Abs. 1 genannten Aufgaben erforderlich sind, arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern."

Folgeänderungen:

- In § 304 ist die Überschrift wie folgt zu fassen:
"Datenübermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen",
- der Text des § 304 wird Absatz 2.

Begründung:

Die Herstellung besserer Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung muß wirtschaftlich sein. Sie muß deshalb Abfallprodukt der routinemäßigen Abrechnungsvorgänge sein. Dies bedingt, daß die Leistungserbringer oder ihre Abrechnungsstellen im Zuge ihrer routinemäßigen Abrechnung die Abrechnungsdaten beziehbar auf Leistungserbringer und Versicherte auf maschinell verwertbare Datenträger speichern und diese Datenträger den Krankenkassen zur Verfügung stellen, soweit diese die Daten für die Erledigung ihrer Aufgaben benötigen. Dadurch wird erreicht, daß die Krankenkassen Daten, die bereits von den Leistungserbringern oder ihren Abrechnungsstellen erfaßt worden sind, nicht erneut kostenintensiv auf Belegen erfassen müssen.

Die einschlägigen Regelungen dieses Gesetzes, insbesondere die §§ 303,

308 und 309, lassen zwar grundsätzlich zu, daß die Krankenkassen die Daten von den Leistungserbringern auf maschinell verwertbaren Datenträgern erhalten können. Eine Verpflichtung der Leistungserbringer zu diesem Verfahren ist jedoch nicht festgelegt. Diese Verpflichtung kann insoweit gesetzlich eingeführt werden, als ihr die Leistungserbringer schon nach dem derzeitigen Stand der Datenverarbeitung ihrer Verwaltung bzw. ihrer Abrechnungsstellen nachkommen können. Die gesetzliche Verpflichtung zur Datenübermittlung ist notwendig, um die Bereitschaft zur Modernisierung der Leistungsabrechnung in der Krankenversicherung bis hin zur Einführung maschinell lesbarer Abrechnungsvordrucke zu fördern.

164. Artikel 1 § 305

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Übermittlung der Überweisungen aus maschinell lesbaren Datenträgern bzw. die dazu notwendige Datenerfassung nicht zu einem unverhältnismäßigen Aufwand bei den Kassenärztlichen Vereinigungen führt.

Es wird zu bedenken gegeben, ob nicht hier vor der gesetzlichen Einführung eine modellhafte Erprobung angebracht ist. Insbesondere können Probleme bei den Überweisungen in andere Bundesländer auftauchen. Ebenfalls besteht das Problem, daß Krankenscheinhefte die Inanspruchnahme von Gebietsärzten ohne Überweisung ermöglichen. Vor allem die Einführung von Scheckkarten kann eine Erfassung von Überweisungen zusätzlich erschweren, weil damit jeder Versicherte jeden Arzt ohne Überweisungsauftrag in Anspruch nehmen kann.

165. Artikel 1 § 308 vor Abs. 1, Abs. 2 Satz 1

In § 308 ist vor Absatz 1 folgender Absatz 01 einzufügen:

"(01) Die Apotheken übermitteln den Krankenkassen auf Verlangen die Abrechnungsdaten auch arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Das bundeseinheitliche Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel ist für jedes abgegebene Fertigarzneimittel anzugeben."

Als Folgen sind in § 308 Abs. 2 Satz 1 die Worte "Absatz 1" durch die Worte "Absatz 01 und 1" zu ersetzen.

Begründung:

Vgl. Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 304 Abs. 1 - neu - (vgl. Ziff. 163).

166. Artikel 1 § 308 Abs. 1

In § 308 Abs. 1 sind die Worte "die Apotheken" durch die Worte "die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Klarstellung, daß die Arzneimittelabrechnungsvereinbarung von den Vertragsparteien des Rahmenvertrages nach § 138 Abs. 2 getroffen wird.

167. Artikel 1 § 309 Abs. 2

In § 309 ist an Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"Die Übermittlung der Angaben soll möglichst auf maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbeziehbar erfolgen."

Begründung:

Vgl. Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 304 Abs. 1 - neu - (vgl. Ziff. 163).

168. Artikel 1 § 310 Abs. 1 Satz 2, nach Abs. 1, Abs. 2

In § 310 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

"(1a) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte und der Versicherten (personenbezogene Daten) nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 103),
2. Vergütung der kassen- und vertragsärztlichen sowie der kassenzahn- und vertragszahnärztlichen Versorgung,
3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 129),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 130),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§§ 114 und 145)."

Folgeänderungen:

- In § 310 Abs. 1 ist Satz 2 zu streichen,
- In § 310 ist nach Absatz 1a -neu- folgender Absatz 1b einzufügen:

"(1b) Für die Datenerhebung und -erfassung gelten die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.",

- In § 310 Abs. 2 sind nach dem Wort "Versicherten" die Worte "oder dem Arzt" und nach den Worten "Absatz 1" die Worte "und 1a" einzufügen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen speichern in erheblichem Umfang arzt- und versichertenbezogen sensible Gesundheitsdaten, insbesondere für die Abrechnung und Prüfung der Kosten der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Für die Erhebung und Erfassung dieser Daten ist der Datenschutz zu gewährleisten. Die vorgeschlagene Bestimmung lehnt sich eng an die Regelung des Absatzes 1 an, welche dem Schutz versichertenbezogener Daten bei der Erhebung und Erfassung solcher Daten durch die Krankenkassen dient.

169. Artikel 1 § 310 Abs. 2

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob mit der vorgesehenen Formulierung in Absatz 2 sichergestellt ist, daß mit "anderen Zwecken" nur solche der Krankenkassen gemeint sind und diese Vorschrift nicht für Offenbarungen gilt. Die Formulierung "Offenbarung an Dritte" in Absatz 3 beschreibt ein grundsätzliches Merkmal der Offenbarung und führt deshalb zu Zweifeln, ob mit "Dritten" auch Leistungsträger i.S.d. § 35 SGB I gemeint sind. Letztere Zweifel wirken dann auf die Auslegung der "Datenverwendung" in Absatz 2 bezüglich von Offenbarungen zurück.

Erforderlich erscheint zudem eine gesetzliche Regelung über die Datenverwendung bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie beim Medizinischen Dienst.

170. Artikel 1 § 310 Abs. 2

In § 310 ist an Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

"Versicherungs- und Leistungsdaten der Beschäftigten einer Krankenkasse einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen können oder daran mitwirken können, nicht zugänglich sein oder diesen Personen vor Zugriffsberechtigten offenbart werden."

Begründung:

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

171. Artikel 1 § 312 Abs. 1

In § 312 sind in Absatz 1 nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte "und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen" einzufügen.

Als Folge sind in § 312 Abs. 1 die Worte "in § 296 genannten" durch die Worte "sich aus §§ 296 und 297 ergebenden" zu ersetzen.

Begründung:

Die Auswertung und Aufbewahrung von Daten für Forschungsvorhaben muß auch für die Datenbestände der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geregelt werden.

Die Krankenkassen einerseits und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen andererseits speichern entsprechend ihrer Aufgabensstellung Daten für verschiedene Leistungsbereiche der Krankenversicherung: Während die Krankenkassen im wesentlichen Datenbestände über die verordneten Leistungen aufbereiten, verwalten die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen insbesondere Daten über die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung. Für die Durchführung von Forschungsvorhaben, welche das gesamte Leistungsgeschehen der Krankenversicherung zum Gegenstand haben, aber auch für eigene Forschungsvorhaben der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, muß auf deren Datenbestände zugegriffen werden. Deshalb ist für diese Datenbestände ebenso wie für die Datenbestände der Krankenkassen die Auswertung und Aufbewahrung für Forschungsvorhaben regelungsbedürftig.

172. Artikel 1 § 312 Überschrift, nach Abs. 2

In § 312 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

"(3) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können für Forschungsvorhaben und statistische Zwecke anonymisierte Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen der §§ 296 und 297 weiterhin fallbezogen speichern."

Als Folge ist die Überschrift zu § 312 wie folgt zu fassen:

"Forschungsvorhaben und Aufbewahrung anonymisierter Daten".

Begründung:

Für Forschungsvorhaben reicht oftmals die Verwendung anonymisierter fallbezogener Daten aus. Ferner hat die Durchführung von Modellversuchen mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung gezeigt, daß solche Projekte mit personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich nur möglich sind, wenn deren Inhalt, Ziel und Notwendigkeit durch vorbereitende Untersuchungen mit anonymen Daten belegt wurde.

Der Aufbau anonymer Datenbestände wird auch künftig zeitraubend sein, besonders dann, wenn das Forschungsvorhaben die Beurteilung von Entwicklungen über längere Zeiträume zum Gegenstand hat. Deshalb sollte es den Krankenkassen und den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden, anonyme fallbezogene Daten über die festgelegten Aufbewahrungsfristen hinaus aufzubewahren. Die Daten sollten auch für statistische Zwecke verwendet werden können, z.B. für die Ergänzung der Gesundheitsberichterstattung oder für die Entwicklung medizinischer und wirtschaftlicher Orientierungsdaten für die Konzertierte Aktion.

Es ist als strittig anzusehen, ob die Aufbewahrung von anonymen, fallbezogenen Daten regelungsbedürftig ist. Deshalb ist die vorgesehene Bestimmung aus Gründen der Rechtssicherheit angezeigt.

173. Artikel 3 vor Nummer 13 (§ 79 SGB IV)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie § 79 SGB IV so geändert werden kann, daß künftig Geschäftsübersichten und Statistiken, insbesondere bundesunmittelbarer Krankenkassen und Kassenärztlicher bzw. Kassenzahnärztlicher Vereinigungen länderbezogen erstellt und den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zugeleitet werden.

174. Artikel 4 (SGB X)

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob mit dem Gesetzesvorhaben trotz der getroffenen, bereichsspezifischen Vorschriften eine allgemeine Regelung für alle Sozialleistungsträger zwingend verbunden werden muß. Es sollte berücksichtigt werden, daß das Bundesdatenschutzgesetz durch Verweisungen vielfach Anwendung findet. Die anstehende Novellierung des BDSG sieht Vorschriften zur Datenverwendung vor. Sollten sich die neuen Vorschriften für das Sozialgesetzbuch als unpassend herausstellen, könnte die ohnehin erforderlich werdende redaktionelle Anpassung des SGB X zum Anlaß für eine abweichende allgemeine Regelung im Sozialgesetzbuch genommen werden. Hierbei bestünde dann die Gelegenheit, entsprechende Datenverwendungsregelungen auch für Nutzungen außerhalb von Dateien zu treffen.

175. Artikel 4 Abs. 2 Nr. 1 (§ 96 Abs. 3 SGB X)

In Absatz 2 Nr. 1 ist § 96 Abs. 3 SGB X folgender Satz anzufügen:

"Die Zentraldatei darf nur unter der Verantwortung eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung und nur bei diesem geführt werden."

Begründung:

Der Gesetzgeber darf sich wegen der abstrakten Gefahr einer Zentraldatei, die das allgemeine Verbot des § 96 Abs. 3 SGB X rechtfertigt, nicht auf die Zulassung der berechtigten Ausnahme beschränken. Er muß gewährleisten, daß "speichernde Stelle" mit allen hieran geknüpften rechtlichen Verpflichtungen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, die im Rahmen der Rechtsaufsicht und der Kontrollbefugnisse der Datenschutzbeauftragten auf die Einhaltung aller Sicherungsmaßnahmen problemlos und auf eindeutiger Rechtsgrundlage überprüft werden kann.

176. Artikel 5 Nr. 1 (§ 343 RVO)

In Nummer 1 ist vor der Zahl "349" die Zahl "343," einzufügen.

Begründung:

§ 343 RVO verpflichtet den Vorstand der Krankenkassen, den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen.

Diese Vorschrift soll dazu dienen, das für die Krankheitsverhütung erforderliche statistische Material zu liefern. Es handelt sich dabei in erster Linie um die Bekämpfung der Berufskrankheiten und arbeitsbedingter Erkrankungen; für den Erlaß der nach den §§ 420 d und 120 e der Gewerbeordnung zugelassenen Vorschriften können auf diesem Wege zuverlässige Grundlagen beschafft werden.

Die Vorschrift hat von ihrer Bedeutung nichts verloren. Ihre ersatzlose Streichung würde die Bemühungen zur Eindämmung arbeitsbedingter Erkrankungen wesentlich erschweren.

177. Artikel 7 § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG

Der Bundesrat geht entgegen der Begründung zu § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG davon aus, daß von Ehegatten, die gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen betreiben, wie bisher grundsätzlich jeder unabhängig von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung überwiegend der Leiter des landwirtschaftlichen Unternehmens sein kann. Wäre bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung eines Ehegatten in der Regel der andere überwiegende Leiter des Unternehmens, wie es die Begründung zu § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG unterstellt, bestünde für Zu- und Nebenerwerbslandwirte und ihre Ehegatten wegen des Wegfalls der bisherigen Familienhilfe künftig eine doppelte Beitragsverpflichtung. Dies widerspricht den agrarsozialpolitischen Beschlüssen über eine weitere Entlastung der Landwirte von den Kosten der Sozialen Sicherung. Die Zahl der hiervon betroffenen Betriebe wird allein in Bayern auf etwa 45.000 geschätzt.

178. Artikel 7 § 17 nach Satz 1 KVLG

In § 17 ist folgender Satz anzufügen:

"Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit für Dienstleistungen Verträge zu schließen."

Begründung:

Art. 7 § 17 regelt die Anstellung der u.a. zur Gewährung von Betriebshilfe benötigten Personen. Die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger nehmen jedoch zur Sicherstellung der Versorgung mit Betriebshilfe andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in größerem Umfang in Anspruch. Art. 1 § 141 Abs. 1 Satz 2 deckt diese vertraglich zu regelnde Versorgung mit Betriebshilfen nicht ausreichend ab.

179. Artikel 7 § 36 Abs. 2, § 50 Abs. 2 Satz 2, § 52 Nr. 1 KVLG

In § 36 Abs. 2 ist das Wort "Leistungsaufwendungen" durch die Worte "Aufwendungen (Leistungsaufwendungen und Verwaltungskosten)" zu ersetzen.

Als Folgen sind

- in § 50 Abs. 2 Satz 2 das Wort "Leistungsaufwendungen" durch das Wort "Aufwendungen" zu ersetzen,
- in § 52 Nr. 1 das Wort "Leistungsaufwendungen" durch das Wort "Aufwendungen" zu ersetzen.

Begründung:

Der Bund hat nach geltendem Recht (§ 63 Abs. 4 KVLG) die durch Beiträge nach § 63 Abs. 3 KVLG in Verbindung mit § 67 a KVLG nicht gedeckten Aufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 des Gesetzentwurfs genannten Versicherten zu tragen. Bisher erstattet der Bund den Landwirtschaftlichen Krankenkassen lediglich die Leistungsaufwendungen. Nach der Konzeption der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung findet ein Generationsausgleich zwischen aktiven Versicherten und Rentnern wie in der allgemeinen Krankenversicherung nicht statt. Der Bund sollte daher nicht nur die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler tragen, sondern auch die auf sie entfallenden Verwaltungskosten. Dies würde zur Stabilisierung der Beiträge in der Krankenversicherung der Landwirte und zur Sozialkostenentlastung der Landwirte beitragen.

180. Artikel 17 Nr. 4 Buchst. b (§ 3 Abs. 3 Satz 3 ZO-Ärzte)

In Nummer 4 Buchst. b ist § 3 Abs. 3 Satz 3 wie folgt zu fassen:

"Eine patientenbezogene Tätigkeit als Arzt im Praktikum wird auf die Vorbereitungszeit nach Satz 2 bis zur Dauer von sechs Monaten angerechnet."

Begründung:

Die jetzige Regelung des Entwurfs schließt jede Anrechnung einer Tätigkeit des Arztes im Praktikum (AiP) als Assistent eines Kassenarztes aus. Damit verliert diese Tätigkeit für den AiP an Bedeutung; er wird sich verstärkt um eine Stelle im Krankenhaus bemühen. Der Engpaß an AiP-Stellen wird dadurch verschärft.

Aber auch im Krankenhaus soll nach dem Entwurf - anders als nach Satz 2 - nicht jede patientenbezogene Tätigkeit anerkannt werden, sondern nur die Tätigkeit in wenigen Fachgebieten. Auch dies erscheint sachlich nicht geboten und würde den Engpass an AiP-Plätzen verschärfen.

181. Artikel 17 nach Nr. 6 (§ 9 Abs. 2 ZO-Ärzte)

Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

'6a. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort "Bevollmächtigten" die Worte "bei berechtigtem Interesse" eingefügt.'

Begründung:

Das Einsichtnahmerecht in das Arztregister enthält gegenwärtig keine Beschränkung auf einen bestimmten Arzt oder Zweck. Die Verhältnismäßigkeit der registerrechtlichen Erfassung der Kassenärzte erfordert zur Abwägung des berechtigten Interesses des einsichtnehmenden Arztes mit den berechtigten Interessen der im Register erfaßten Ärzte einen gesetzlichen Anknüpfungspunkt. So kann die Einsichtnahme z.B. nicht zu Werbezwecken erfolgen.

182. Artikel 17 Nr. 21 (Anl. ZO-Ärzte)

In Nummer 21 ist in der Anlage zu § 2 Abs. 2 "Muster für das Arztregister" die Bezeichnung "7. Familienstand" zu streichen.

Begründung:

Eine Erforderlichkeit für die Aufnahme des Familienstandes in das Arztregister besteht nicht.

183. Artikel 18 nach Nr. 5 (§ 9 Abs. 2 ZO-Zahnärzte)

Nach Nummer 5 ist folgende Nummer 5a einzufügen:

'5a. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort "Bevollmächtigten" die Worte "bei berechtigtem Interesse" eingefügt.'

Begründung:

Das Einsichtnahmerecht in das Zahnarztregister enthält gegenwärtig keine Beschränkung auf einen bestimmten Zahnarzt oder Zweck. Die Verhältnismäßigkeit der registerrechtlichen Erfassung der Kassenzahnärzte erfordert zur Abwägung des berechtigten Interesses des einsichtnehmenden Zahnarztes mit den berechtigten Interessen der im Register erfaßten Zahnärzte einen gesetzlichen Anknüpfungspunkt. So kann die Einsichtnahme z.B. nicht zu Werbezwecken erfolgen.

184. Artikel 18 Nr. 19 (Anl. ZO-Zahnärzte)

In Nummer 19 ist in der Anlage zu § 2 Abs. 2 "Muster für das Zahnarztregister" die Bezeichnung "7. Familienstand" zu streichen.

Begründung:

Eine Erforderlichkeit für die Aufnahme des Familienstandes in das Zahnarztregister besteht nicht.

185. Artikel 21 Nr. 3 (§ 9 Abs. 2 KHG)

Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:

Die bestehende Regelung in § 9 Abs. 2 Nr. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz ist völlig ausreichend und sichert die notwendige Finanzierung bei Ausscheiden oder Umstellung von Krankenhausbetten (z.B. in Pflegeeinrichtungen) aus der akuten stationären Versorgung. Hierfür hat sich diese Regelung in der Vergangenheit ausreichend bewährt. Es besteht keine Veranlassung, darüber hinaus die Finanzierungspflichten der Länder auszuweiten.

186. Artikel 21 nach Nr. 3 (§ 17 Abs. 4a KHG)

Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3a einzufügen:

"3a. § 17 Abs. 4 a Satz 2 ist zu streichen."

Begründung:

Der Bundesrat hat am 06.11.1987 in seiner 582. Sitzung den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Ziel beschlossen, die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung in den nicht-ärztlichen Heil- und Hilfsberufen des Gesundheitswesens wie bisher auf Dauer über die Pflegesätze sicherzustellen. Die Bundesregierung hat diese Gesetzesinitiative des Bundesrates am 11.01.1988 dem Bundestag mit der Bitte zugeleitet, eine Beschlußfassung herbeizuführen.

Die gebotene Klarstellung einer gesicherten Finanzierung der Ausbildung ist so vorrangig, daß auch auf diesem Wege die Möglichkeit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzustreben ist.

Es ist daran zu erinnern, daß die sonst übliche duale Ausbildung nicht auf die ganzheitliche Ausbildung in den nichtärztlichen Heil- und Hilfsberufen in Kranken-

häusern übertragen werden kann. Die Finanzierung des theoretischen Teils dieser Ausbildung wäre - abgesehen von der ohnehin nicht klaren Abgrenzbarkeit - nicht gesichert, da die Länder nicht verpflichtet sind, in die Finanzierung einzutreten. Dies ergibt sich aus einem Rechtsgutachten, das im Ergebnis keine Rechtsverpflichtung der Länder zur Finanzierung feststellt. Somit werden die ausbildenden Krankenhausträger auf eine defizitäre Ausbildung verwiesen, die jedoch zumindest freigemeinnützige Krankenhausträger auf Dauer nicht leisten können. Die Folge, Schulgeld erheben zu müssen, wird sich negativ auf den für die nächsten Jahre notwendigen Nachwuchs, insbesondere in der Krankenpflege, auswirken.

187. Artikel 21 Nr. 4 (§ 18 Abs. 1 KHG)

Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung:

Die mit Artikel 21 Nr. 4 verfolgte Änderung in § 18 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz hat zum Ziel, die von den Pflegesatzparteien vor Ort getroffene Pflegesatzvereinbarung der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen zu unterwerfen. Folgt man der hierzu gegebenen Begründung, so soll damit die Landesebene der Krankenkassen zusätzlich in die Verantwortung für Inhalt und Form der Pflegesatzabschlüsse vor Ort einbezogen werden. Einer solchen Einbeziehung bedarf es nicht, sie

ist im Gegenteil eher als kontra-
produktiv zu betrachten. Die
Krankenkassen vor Ort haben in
hohem Maße zum Zwecke der Pflege-
satzverhandlungen Arbeitsgemein-
schaften gebildet und räumen
angesichts der Bedeutung dieses
Versorgungsbereichs den Verhandlungen
mit den Krankenhäusern einen hohen
Stellenwert ein. Es ist nicht
nachzuvollziehen, welche Ver-
besserungen sowohl für den Inhalt
als auch das Verfahren der
Pflegesatzabschlüsse gewonnen wäre,
wenn nach den mit großem Ernst
und mit Sachverstand vor Ort ge-
führten Verhandlungen zusätzlich
noch die Landesebene der Kranken-
kassen zustimmen müßte. Das ohnehin
bereits verwaltungsaufwendige
Pflegesatzverfahren würde hier-
durch noch zusätzlich belastet.

188. Artikel 21 Nr. 6 (§ 28 KHG)

a) In § 28 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte "Die Träger
der nach § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur
Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser"
zu ersetzen durch die Worte "Die Krankenhausträger".

b) § 28 Abs. 2 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Statistischen Landesämter stellen den zuständigen
Landesbehörden für Zwecke der Krankenhausplanung und
Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz die Erhebungs-
bögen der Krankenhäuser zur Verfügung."

Begründung:

Die Krankenhausplanung benötigt zur
Erfüllung ihrer Aufgaben nicht nur
die Daten der nach § 116 des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch
zur Krankenhausbehandlung
zugelassenen Krankenhäuser, sondern
aller Krankenhäuser im Sinne des
§ 2 Nr. 1 des Krankenhausfinan-
zierungsgesetzes. Leistungsangebot
und Inanspruchnahme auch nicht

zugelassener Krankenhäuser können unmittelbaren Einfluß auf die Krankenhausplanung haben. Die Kenntnis dieser Daten ist daher für die Krankenhausplanung unentbehrlich.

189. Artikel 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 SGG)

Nummer 3 ist wie folgt zu fassen:

'3. § 51 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

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

"Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände oder auf Grund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten, Zahnärzten oder Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen. Dies gilt nicht für Streitigkeiten, die die Planung, Förderung, Errichtung, Einrichtung oder Ausstattung von Krankenhäusern betreffen."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.'

Begründung:

Die mit Satz 2 vorgeschlagene Ergänzung dient der Klarstellung.

Die in Artikel 29 Nr. 3 GRG vorgesehene pauschale Erweiterung des § 51 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz auf Streitigkeiten

nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch könnte dahin mißverstanden werden, daß auch Rechtsstreitigkeiten, die mit der Planung, Förderung, Errichtung, Einrichtung oder Ausstattung von Krankenhäusern zusammenhängen, den Sozialgerichten zugewiesen sein sollen. Die bei dieser Auslegung drohende Aufspaltung des Rechtsweges ist jedoch zu vermeiden.

Die Kündigung eines Versorgungsvertrages ist, wenn sie vom Landesverband der Krankenkassen ausgesprochen wird, an die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gebunden (§ 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Für Rechtsstreitigkeiten um die Erteilung oder Versagung der Genehmigung nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V bedarf es wegen des weiten und auslegungsbedürftigen Wortlauts in Artikel 29 Nr. 3 des Gesetzentwurfs der Klarstellung, daß Streitigkeiten innerhalb jener "genehmigungsrechtlichen" Beziehung zwischen dem Bescheidsadressaten und dem Land, dessen Behörde tätig geworden ist, den Verwaltungsgerichten nach § 40 Abs. 1 Satz 1 VWGO zufällt.

Die Zuweisung derartiger Rechtsstreitigkeiten zu den Verwaltungsgerichten ist sachgerecht.

190. Artikel 35 Nr. 1 Buchst. a (§ 10 Abs. 6 BVG)

In Nummer 1 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

'a) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

"(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt gewährt; sie haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten jeweils § 11 Abs. 2 oder § 12 Abs. 3 und 4."

Begründung:

Übernahme der Leistungen nach §§ 65 und 66 SGB V in den Leistungsumfang der Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz und somit Gleichstellung mit bei einer Krankenkasse Versicherten.

191. Artikel 35 Nr. 3 nach Buchstabe a (§ 12 Abs. 2 Satz 2 BVG)

In Nummer 3 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 einzufügen:

'a1) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung mit Zahnersatz sind auf den Zuschuß nach Satz 1 anzurechnen; sofern solche Leistungen freiwillig Versicherten gewährt werden, die mehr als die Hälfte der Beiträge aus eigenen Mitteln tragen, sind diese Leistungen mit ihrem Wert oder Betrag auf die Gesamtaufwendungen anzurechnen."

Begründung:

Angleichung an die vor dem 01.01.1983 bestehende Rechtslage. Danach konnten im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) versicherten Berechtigten Zuschüsse zum Zahnersatz in Höhe der nach

Abzug der Kassenleistungen verbleibenden Restkosten gewährt werden. § 12 Abs. 2 Satz 2 BVG in der derzeit geltenden Fassung wurde im Hinblick auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (ärztliche Behandlung als Sachleistung, 60 v.H. der Material- und Laborkosten) eingefügt und ist im Hinblick auf die Leistungsbegrenzungen durch das Gesundheitsreformgesetz beim Zahnersatz nicht mehr gerechtfertigt, da die Leistungen der Krankenkasse beim Zahnersatz nicht mehr denen nach dem BVG entsprechen. Der Personenkreis der Anspruchsberechtigten nach dem BVG darf im Hinblick auf das von ihm erbrachte Opfer für die Allgemeinheit und auch unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters durch Strukturgesetze nicht schlechter gestellt werden. Aus entschädigungsrechtlichen Gründen ist der bisherige Leistungsumfang aufrechtzuerhalten. Der Besitzstand muß gewahrt werden; eine unterschiedliche Behandlung der Leistungsempfänger je nachdem, ob sie nur einen Anspruch nach dem BVG oder auch gegenüber der Krankenkasse haben, ist nicht begründet.

192. Artikel 35 Nr. 18 Buchst. a Doppelbuchst. bb (§ 35 Abs. 3 Satz 3 BVG)

In Nummer 18 Buchst. a ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

'bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

"Dies gilt nicht für Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Monats."

Begründung:

Nach derzeitiger Rechtslage ist bei Pflegezulage ab Stufe III auch während einer Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlung die Pflegezulage uneingeschränkt zu zahlen. Dies führt vereinzelt dazu, daß die Pflegezulage auch bei jahrelanger Krankenhausbehandlung weitergewährt wird, obwohl keine Aufwendungen für die Pflege anfallen, weil diese im Rahmen der Heilbehandlung abgedeckt wird. Der Sinn der Regelung, nämlich den Berechtigten bei vorübergehendem stationärem Aufenthalt nicht zu zwingen, seine Pflegekraft zu entlassen, ist bei langandauernder stationärer Behandlung nicht mehr gegeben.

193. Artikel 36 Nr. 2 (§ 90 b Abs. 6 Satz 1, nach Satz 2 BVFG)

In Nummer 2

a) sind in § 90 b Abs. 6 Satz 1 die Worte "aus Mitteln" des Bundes" zu streichen.

b) ist in § 90 b Abs. 6 folgender Satz 3 anzufügen:

" Die Aufwendungen nach Satz 1 und 2 trägt der Bund."

Begründung:

Mit Art. 36 (Art. 37, 38 betreffen Folgeänderungen) soll in das Bundesvertriebenengesetz ein neuer § 90 b eingefügt werden, wonach sich der Anspruch der Aussiedler und Übersiedler aus der DDR auf Krankenbehandlung nach Eintreffen im Bundesgebiet bestimmen soll. Folge der vorgesehenen Neuregelung ist eine Belastung der Länder mit den Verwaltungskosten, die den Krankenkassen, die die Krankenbehandlungskosten auf Kosten des Bundes tragen, entstehen. Bundesweit geht der Entwurf von 2,70 Mio DM aus.

Die Begründung einer Verpflichtung der Länder, die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu tragen, ist nicht zwingend und steht auch mit der Gesundheitsreform nicht im Zusammenhang.

194. Artikel 36 Nr. 2 (§ 90 b Abs. 6 nach Satz 3 - neu - BVFG)

In Nummer 2 ist in § 90 b Absatz 6 nach Satz 3 - neu - folgender Satz anzufügen:

"Eine Erstattungspflicht besteht nicht, soweit Leistungen zu Unrecht erbracht worden sind und die Krankenkasse hierfür kein Verschulden trifft."

Begründung:

Die AOK hat in diesen Fällen bereits vor Erteilung der Vertriebenenausweise A oder B Krankenhilfe gewährt, da insbesondere bei diesem Personenkreis eine möglichst baldige Hilfe notwendig ist. In einigen Ausnahmefällen wird den Anträgen nach dem BVFG jedoch nicht entsprochen. Diese wenigen Fälle sollten in das Erstattungsverfahren einbezogen werden, damit auch der Kreis der Antragsteller in Zukunft im Krankheitsfalle von der Krankenkasse Leistungen erhält und nicht evtl. an das Sozialamt verwiesen werden müßte. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß nach der neuen Regelung (§ 90 b Abs. 1 BVFG) ein Anspruch auf Familienhilfe - Familienversicherung gemäß § 10 SGB V - nicht gegeben ist.

195. Artikel 40 nach Nr. 2 (§ 37 Abs. 5 - neu - BSHG)

Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. In § 37 wird folgender Absatz 5 angefügt:

'(5) § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.'"

Begründung

Der ehemals auch dem Sozialhilfeträger eingeräumte Apothekenrabatt ist im Zuge einer früheren Änderung des Arzneimittelrechts weggefallen. Es ist sachgerecht, dem Sozialhilfeträger das gleiche Recht einzuräumen wie den Krankenkassen.

196. Artikel 40 nach Nr. 3 (§ 38 BSHG)

Nach Nummer 3 sind folgende Nummern 3a und 3b einzufügen:

3a. In der Überschrift vor § 38 werden die Worte "Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen" durch das Wort "Mutterschaftshilfe" ersetzt.

3b. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird das Wort "Mutterschaftsgeld" durch das Wort "Entbindungsgeld" ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung Versicherten gewährt werden."

Begründung

Mit den Änderungen werden die Begriffe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übernommen. Die Streichung des § 38 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz folgt aus Artikel 1 § 64, wo das Entbindungsgeld ausschließlich als Regelleistung vorgesehen ist.

197. Artikel 45 nach Nr. 2 (§ 34b AprOÄ)

Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. § 34b wird wie folgt geändert:

Der Punkt am Ende von Satz 4 wird durch einen Strichpunkt ersetzt; es wird folgender Satz angefügt:

'Art und Umfang der Aufsicht nach Satz 1 sollen dem entsprechen.'"

Begründung:

Hierdurch soll verdeutlicht werden, daß mit wachsender Verantwortlichkeit des Arztes im Praktikum die Aufsicht entsprechend vermindert werden kann.

198. Artikel 48 Nr. 1 (§ 57 Abs. 5 Satz 1 StVollzG)

In Nummer 1 ist § 57 Abs. 5 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Gefangene, die das fünfundzwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen."

Begründung:

Wer zur Tatzeit das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann keine Freiheitsstrafe erhalten und deshalb auch nicht dem Strafvollzugsgesetz unterfallen.

199. Artikel 48 Nr. 1 (§ 58 Satz 2 nach Nr. 4 StVollzG)

In Nummer 1

ist in § 58 Satz 2 am Ende der Nummer 4 der Punkt durch einen Beistrich zu ersetzen und folgende Nummer 5 anzufügen:

"5. Krankenhausbehandlung."

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an § 27
Nr. 5 SGB V.

200. Artikel 48 Nr. 5 (§ 62 a nach Satz 1 StVollzG)

In Nummer 5 ist in § 62 a folgender Satz 2 anzufügen:

"Die Vollzugsbehörde kann den Gefangenen abweichend von Satz 1 auf diese Leistungen verweisen, soweit die Belange des Vollzuges es erfordern."

Begründung:

Der in das Strafvollzugsgesetz neu eingefügte § 62 a geht offenbar davon aus, daß der Gefangene in einem freien Beschäftigungsverhältnis in jedem Fall Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann. Es muß jedoch auch die Möglichkeit bestehen, daß die Justizvollzugsanstalt den Gefangenen, der aufgrund eines freien Beschäftigungsverhältnisses krankenversichert ist, aus vollzuglichen Gründen (z.B. ärztliche Betreuung während der Nachtzeit) auf Leistungen der Anstalt nach dem Strafvollzugsgesetz verweisen kann.

201. Artikel 48 Nr. 7 (§ 76 Abs. 2 Satz 1 StVollzG)

Nummer 7 ist wie folgt zu fassen:

- '7. In § 76 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort "Schwangerschaft" ein Beistrich und das Wort "bei" eingefügt.'

Begründung:

Der ohne nähere Begründung vorgesehenen Streichung des § 76 Abs. 3 Satz 2 StVollzG, der aus besonderen Gründen die Entbindung in einer Vollzugsanstalt mit Entbindungsabteilung zuläßt, stehen elementare Sicherheitsbelange des Strafvollzugs entgegen.

202. Artikel 53 nach Abs. 2 (Schlußvorschriften)

Nach Absatz 2 ist folgender Absatz 2a einzufügen:

"(2a) Artikel 1 § 8 Abs. 1 Nr. 4 und Absatz 2 gilt entsprechend."

Begründung:

Personen, die nur aufgrund der Übergangsregelung Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner werden, sollen ebenso wie alle anderen Personen bei Beginn der Pflichtmitgliedschaft als Rentner das Recht haben, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen.

203. Artikel 53 Abs. 3 Satz 1

In Artikel 53 Abs. 3 sind die Worte "und nur wegen § 173a Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1982 geltenden Fassung nicht von dieser Versicherungspflicht befreit werden konnte" zu streichen.

Begründung:

Ein Teil der Beihilfeberechtigten hat von der Befreiungsmöglichkeit nach § 173 a RVO nur deshalb keinen Gebrauch gemacht, weil sie früher beitragsfrei versichert waren. Häufig war ihnen auch nicht bewußt, daß sich ein zunächst freiwilliges Versicherungsverhältnis durch die Rentenantragsstellung in eine Pflichtmitgliedschaft umwandelte. Durch die Einführung der Beitragspflicht ab 01.01.1983 ist eine neue Sachlage entstanden. Die seinerzeit bis 31.03.1983 befristete Befreiungsmöglichkeit war zu wenig bekannt. Die Frist war auch sehr kurz. Versicherte, die von der Befreiungsmöglichkeit erst im Februar oder März 1983 erfuhren, konnten nicht mehr in die private Krankenversicherung übertreten, weil die Risikoprüfung nicht zeitgerecht abgeschlossen werden konnte. Eine nochmalige befristete generelle Befreiungsmöglichkeit, verbunden mit der Aufklärung durch die Dienstherren, würde Übertrittswilligen eine reelle Chance einräumen.

204. Artikel 58 a - neu -

Es ist folgender neuer Artikel 58 a einzufügen:

"Artikel 58 a

Beteiligte Ärzte als Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Mitgliedschaft von Ärzten, die nach dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Recht beteiligt waren, bleibt bis zum Ablauf der auf den 31. Dezember 1988 folgenden Amtsperiode, längstens bis zum 31. Dezember 1992, erhalten."

Begründung:

Die Beteiligungen bisherigen Rechts werden in Ermächtigungen umgewandelt. Der hiermit verbundene Wegfall der Mitgliedschaft soll aus Gründen des Vertrauensschutzes erst zu dem genannten Zeitpunkt erfolgen.

205. Artikel 64 (Schlußvorschriften)

Artikel 64 ist wie folgt zu fassen:

"Artikel 64

Landesverbände der Krankenkassen

Landesverbände, deren Aufgaben gemäß Artikel 1 § 216 Abs. 4 künftig von der Krankenkasse wahrgenommen werden, hören mit Ablauf des 31. Dezember 1988 auf zu bestehen. In ihre Rechte und Pflichten tritt am 1. Januar 1989 die Krankenkasse ein."

Begründung:

Die Neufassung trägt der Tatsache Rechnung, daß im Bundesgebiet mehrere Landesverbände betroffen sind, und dient außerdem der Klarstellung.

206. Nach Artikel 65 (Schlußvorschriften)

Nach Artikel 65 ist folgender Artikel 65 a einzufügen:

"Artikel 65 a

Vereinigung Allgemeiner Ortskrankenkassen

(1) Bestehen am 1. Januar 1989 in dem Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises mehrere Allgemeine Ortskrankenkassen, so können sie sich durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen bis zum 31. Dezember 1989 freiwillig vereinigen. § 153 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Kommt eine freiwillige Vereinigung nach Absatz 1 nicht zustande, so gilt sie mit Wirkung vom 1. Januar 1990 als vollzogen. Die größte Ortskrankenkasse mit Sitz im Bezirk der Gebietskörperschaft wird aufnehmende Kasse, andere Kassen und Kassenteile werden aufgenommen. § 155 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Begründung:

Soweit noch nicht geschehen, wird die Übereinstimmung zwischen dem Bezirk der kreisfreien Stadt bzw. des Landkreises und dem Bezirk der Ortskrankenkassen durch Gesetz hergestellt. Da erfahrungsgemäß Vereinigungen und das Ausscheiden auf freiwilliger Basis Schwierigkeiten bereiten, andererseits aber auch flexiblere Lösungen ermöglichen, wird den betroffenen Kassen eingeräumt, binnen Jahresfrist zu einvernehmlichen Regelungen zu kommen. Gelingt dies nicht, besteht ab 1.1.1990 für den Bezirk jeder Gebietskörperschaft nur noch eine Ortskrankenkasse. Bezogen auf diesen Zeitpunkt bestehen dieselben Rechtsfolgen wie bei einer freiwilligen Vereinigung.

207. Artikel 69 Satz 2 (Berlin-Klausel)

In Artikel 69 Satz 2
sind die Worte "des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder"
zu streichen.

Begründung:

Nicht nur für das jetzt ergehende Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches, sondern auch für die übrigen Bücher ist eine bleibende Berlin-Klausel erforderlich. Dies wird durch die Bezugnahme auf "dieses Gesetz" ohne besondere Hervorhebung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (= Artikel 1 des Gesetzentwurfs) gewährleistet. Die Uneinheitlichkeit, die sich bei einer Zitierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben würde, kann nicht hingenommen werden.