

Ausgellefert am 25. JAN. 1994

25.01.94

Empfehlungen

G - AS - Fz - In - K

der Ausschüsse

zu Punkt der 665. Sitzung des Bundesrates am 4. Februar 1994

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften - GKV-Anpassungsgesetz - (GKV-AnpG)

A

Der federführende Gesundheitsausschuß (G),
der Finanzausschuß (Fz),
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In) und
der Ausschuß für Kulturfragen (K)

empfehlen dem Bundesrat, gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes zu dem
Gesetzentwurf wie folgt Stellung zu nehmen:

G

1. Vor Art. 1 (§ 35a Abs. 6)

Zu Art. 9 Abs. 4

Vor Artikel 1 ist folgender Artikel 01 einzufügen:

' Artikel 01

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Art. I des Gesetzes vom
23.12.1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch, wird
wie folgt geändert:

(noch Ziff. 1)

Dem § 35 a Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

"Die fachliche Eignung zur Führung der Verwaltungsgeschäfte gilt als nachgewiesen, wenn dem Bewerber die Befähigung für das Amt eines Geschäftsführers oder eines Mitglieds der Geschäftsführung vor dem 01.01.1994 gemäß § 36 Abs. 6 Satz 2 durch Lebens- und Berufserfahrung zuerkannt worden ist und er eine entsprechende Funktion über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren ausgeübt hat."

Als Folge sind in Artikel 9 Abs. 4 nach den Worten "am 01.01.1996 treten" die Worte "Artikel 01," einzufügen.

Begründung:

Bei einigen Krankenkassen wird die Funktion des Geschäftsführers von Personen wahrgenommen, die nicht über eine Fort- oder Weiterbildung im Krankenkassendienst oder eine Fachhochschul- oder Hochschulausbildung verfügen, sondern denen die Befähigung für dieses Amt gemäß § 36 Abs. 6 SGB IV von der obersten Aufsichtsbehörde zuerkannt worden ist (Erwerb der Befähigung durch Lebens- und Berufserfahrung). Nach dem bisherigen Wortlaut des § 35 a Abs. 6 könnten diese Bewerber nicht zu Mitgliedern des Vorstandes gewählt werden.

Für die betroffenen Bewerber wäre dies eine besondere Härte, zumal es sich dabei um sehr engagierte, erfolgreiche und erfahrene Geschäftsführer handelt.

Durch die vorgeschlagene Ergänzung des § 35 a Abs. 6 würde diesen Geschäftsführern eine Chance für die Wahl zum Mitglied des Vorstandes eingeräumt. Die vorgeschlagene zeitliche Befristung (Befähigungserwerb vor dem 01.01.1994) würde gleichzeitig sicherstellen, daß nur die bereits vorhandenen Geschäftsführer von der Regelung profitieren könnten. Ein Mißbrauch der Vorschrift für weitere "Seiteneinsteiger" würde damit ausgeschlossen.

(noch Ziff. 1)

Die Änderung in Artikel 9 Abs. 4 stellt eine Folgeänderung zur Einfügung von Artikel 01 dar.

Dort wird § 35 a Abs. 6 SGB IV ergänzt. Da die Regelung des § 35 a SGB IV insgesamt erst am 01.01.1996 in Kraft tritt, muß dies auch für die Ergänzung gelten.

G 2. Vor Art. 1 (§ 35a Abs. 8 -neu-)

Vor Artikel 1 ist folgender Artikel 01 einzufügen:

'Artikel 01

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Art. I des Gesetzes vom 23.12.1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

Dem § 35a wird folgender Absatz 8 angefügt:

"(8) Geschäftsführer der Krankenkassen, die zum 01.01.1996 nicht in den Vorstand gewählt werden, werden zum 31.12.1995 vom Amt des Geschäftsführers entbunden. Einer Amtsentbindung nach § 59 Abs. 2 SGB IV bedarf es nicht."

Begründung:

Nach § 35a SGB IV werden die Krankenkassen vom 01.01.1996 ab von einem hauptamtlichen Vorstand verwaltet. Das Gesetz enthält keine Übergangsregelung für die Geschäftsführer und deren Stellvertreter, die nicht in den Vorstand gewählt werden; es bedarf insoweit einer Klarstellung.

- G 3. Vor Art. 1 (§ 67 Abs. 3 -neu-)
Zu Art. 1 Nr. 11a -neu-, 22a -neu-, 25a -neu- (§ 78 Abs. 3 Satz 2, § 208
Abs. 2 Satz 2, § 281 Abs. 2 Satz 1)
Zu Art. 2 Nr. 2a -neu-, Nr. 5 (§ 352 Satz 1, § 414b Satz 1 und 2)
Zu Art. 6
Zu Art. 9 Abs. 4

Vor Artikel 1 ist folgender Artikel 01 einzufügen:

Artikel 01

Aenderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Bei Krankenkassen, die eine Dienstordnung aufgestellt haben, enthält der Haushaltsplan einen Stellenplan, dessen einzelne Stellen sowohl einer Besoldungsgruppe als auch einer Vergütungsgruppe zugeordnet sind. Satz 1 gilt entsprechend für Stellen, deren Besoldungsgruppe einer außertariflichen Vergütung vergleichbar ist. Bei Stellen für außertariflich vergütete Angestellte ist Höhe und Struktur der Vergütung im Stellenplan auszuweisen. Bei den übrigen Krankenkassen mit Ausnahme der Bundesknappschaft und der Betriebskrankenkassen, deren Personal auf Kosten des Arbeitgebers bestellt ist, enthält der Haushaltsplan einen Stellenplan, der die einzelnen Stellen einer Vergütungsgruppe zuordnet; Satz 3 gilt entsprechend."

(noch Ziff. 3)

Als Folge sind Artikel 1, 2, 6 und 9 wie folgt zu ändern: *)

a) Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nach Nummer 11 ist folgende Nummer 11a einzufügen:

"11a. In § 78 Abs. 3 Satz 2 werden die Worte "§§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5" durch die Worte "\$ 67 Abs. 1 und 3, §§ 68 bis 70 Abs. 1 und 5" ersetzt."

bb) Nach Nummer 22 ist folgende Nummer 22a einzufügen:

"22a. In § 208 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte "§§ 67 bis 70 Abs. 1 und 5" durch die Worte "\$ 67 Abs. 1 und 3, §§ 68 bis 70 Abs. 1 und 5" ersetzt."

cc) Nach Nummer 25 ist folgende Nummer 25a einzufügen:

"25a. In § 281 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte "§§ 67 bis 69, § 70 Abs. 5" durch die Worte "\$ 67 Abs. 1 und 3, §§ 68, 69, § 70 Abs. 5" ersetzt."

b) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. In § 352 Satz 1 werden die Worte "ihre Zahl," gestrichen."

*) Die Folgeänderungen sind gemäß Ausschlußbeschluß vom antragstellenden Land nach Schluß der Sitzung mitgeteilt worden.

(noch Ziff. 3)

bb) Nummer 5 erhält folgende Fassung:

5. § 414b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Worte "und ein Stellenplan" gestrichen.
- b) In Satz 2 werden
 - aa) die Worte "und der Stellenplan bedürfen" durch das Wort "bedarf" ersetzt,
 - bb) die Worte "der Vertreterversammlung" durch die Worte "des Verwaltungsrats" ersetzt.
- c) Folgender Satz wird angefügt:
"§ 358 gilt entsprechend".
- c) In Artikel 6 wird nach den Worten "überschritten werden" das Komma durch einen Punkt ersetzt und der dann folgende Satzteil gestrichen.
- d) In Artikel 9 Abs. 4 werden die Worte "Artikel 2 Nr. 3, 4 und 5 Buchstabe a" durch die Worte "Artikel 2 Nr. 3, 4 und 5 Buchstabe b Unterbuchstabe bb" ersetzt.

Begründung:

Zu Artikel 01 (§ 67):

Die Regelung führt zur haushaltsrechtlichen Gleichstellung von Tarif- und DO-Angestellten. Sie gewährleistet eine gemeinsame Personalplanung für beide Beschäftigungsgruppen, eröffnet gleiche Aufstiegsmöglichkeiten unabhängig vom jeweiligen An-

(noch Ziff. 3)

stellungsstatus und ermöglicht flexiblere Personalentscheidungen. Zudem wird die Personalplanung für alle Beteiligten transparenter.

Auf einen gesonderten DO-Stellenplan kann verzichtet werden. Damit werden die Krankenkassen mit den übrigen Bereichen der öffentlichen Verwaltung gleichgestellt, denn auch dort ist der für Anstellung und Beförderung maßgebende Stellenplan regelmäßig Bestandteil des Haushaltsplanes.

Der gemeinsame Stellenplan vermeidet nicht zuletzt Nachteile für die DO-Angestellten nach Schließung des Dienstordnungsrechts; ihre Besoldung und Aufstiegsmöglichkeiten richten sich künftig nach dem einheitlichen haushaltsrechtlichen Stellenplan. Soweit hierdurch im Einzelfall Aufstiegschancen verbessert werden, ist dies angesichts der Herausforderungen durch die allgemeine Kassenwahlfreiheit ab 1996 und den dadurch verstärkten Wettbewerb gerechtfertigt.

Satz 4 überträgt die neuen haushaltsrechtlichen Stellenplanregelungen auf die Krankenkassen, die keine DO-Angestellten beschäftigen. Die allgemeine Kassenwahlfreiheit und die damit verbundene Gleichstellung erfordert auch im Haushaltsrecht gleiche Bedingungen. Der verstärkte Wettbewerb um Mitglieder wird zunehmend zu leistungs- und erfolgsorientierten Vergütungsregelungen führen. Es erscheint daher im Interesse der Selbstverwaltungsorgane und der Aufsichtsbehörden geboten, die Personal- und Vergütungsstrukturen im Haushaltsplan darzustellen. Dies gilt für Kassenarten mit überdurchschnittlichen persönlichen Verwaltungskosten in besonderem Maße.

(noch Ziff. 3)

Zu Artikel 1 (§§ 78 Abs. 3 Satz 2, 208 Abs. 2 Satz 2, 281 Abs. 2 Satz 1 SGB V):

Die Differenzierungen in § 67 Abs. 2 und 3 SGB IV erfordern Folgeänderungen bei den Verweisungen für diese Vorschriften in §§ 78 Abs. 3 Satz 2, 208 Abs. 2 Satz 2, 281 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Dabei erscheint es sachgerecht, bei der entsprechenden Anwendung des § 67 SGB IV die sonstigen Einrichtungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung den Krankenkassen gleichzustellen.

Zu Artikel 2 (§§ 352, 414b RV0):

Mit der Einführung eines haushaltsrechtlichen Stellenplanes für Tarif- und DO-Angestellte wird der Stellenplan als Bestandteil der Dienstordnung entbehrlich.

Zu Artikel 6 (Art. VIII 2. BesVNG):

Der gemeinsame haushaltsrechtliche Stellenplan, aber auch die Schließung des Dienstordnungsrechts erfordern, die Bindung an die Stellenobergrenzen des Beamtenrechts aufzugeben.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten):

Redaktionelle Folgeänderung.

G 4. Zu Art. 1

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, entsprechend der Beschlußempfehlung des Petitionsausschusses des Bundestages zur Petition 3-12-15-8272-18894 (Protokoll Nr. 12/58) im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob in besonders benachteiligten Regionen, welche fachärztlich unterversorgt sind, bei außergewöhnlich hohen Fahrtkosten der jeweiligen Einzelfahrt eine teilweise Kostenübernahme durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden sollte.

G 5. Zu Art. 1 Nr. 1a -neu- (§ 10 Abs. 1 Nr. 3)
In Artikel 1 ist nach Nummer 1 folgende Nummer 1a einzufügen:

1a. § 10 Absatz 1 Nr. 3 wird wie folgt gefaßt:

"3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind oder nicht zuletzt vor Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub oder eines unbezahlten Urlaubs versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit waren; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 oder § 7 außer Betracht,"

Begründung:

Es wird klargestellt, daß Personen, die zuletzt vor Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub oder eines unbezahlten Urlaubs versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit waren und deren Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis bestehen bleibt, die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht erfüllen. Diese Klarstellung ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 29. Juni 1993 erforderlich geworden. Die Änderung stellt die Rechtslage wieder her, die nach überwiegender Rechtsauffassung und der Praxis der Krankenkassen vor dem Urteil bestanden hat.

G 6. Zu Art. 1 Nr. 6a -neu- (§ 37 Abs. 1)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

'6a. In § 37 Abs. 1 werden an die Wörter "Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie" die Wörter "sowie während ihres Aufenthalts in besonders qualifizierten Einrichtungen und Krankenwohnungen" eingefügt.'

Begründung:

Bei der vorgenommenen Ergänzung handelt es sich um eine klarstellende Ergänzung des Gesetzestextes, mit dem die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, die bereits heute von Ersatzkassen gewährte Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege in entsprechend qualifizierten Einrichtungen und Krankenwohnungen rechtlich abzusichern.

Das sozialpolitisch sinnvoll und begrüßenswerte Engagement der Ersatzkassen bedarf dieser rechtlichen Klarstellung, da andernfalls aufsichtsbehördlich gegen die bestehenden Verträge und die Krankenkassen vorgegangen werden müßte.

G 7. Zu Art. 1 Nr. 8a -neu- (§ 45 Abs. 1 Satz 1)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 8a einzufügen:

'8a. In § 45 Abs. 1 Satz 1 werden am Ende die Wörter "oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist" eingefügt.'

Begründung:

Mit der Ergänzung ist vorgesehen, die Leistungsansprüche nach § 45 Abs. 1 für behinderte Kinder ohne Altersgrenze zu gewährleisten und so diese Vorschrift an die im SGB vorzufindenden Regelungen anzupassen. So wird nach § 38 Abs. 1 SGB V die Haushaltshilfe ebenfalls für behinderte Kinder ohne Altersbegrenzung gewährt. Gleiches gilt für Haushaltshilfen nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 b SGB VI. Der besonderen Situation bei der Pflege und Betreuung behinderter Kinder wird auch nach § 46 Abs. 3 SGB VI Rechnung getragen.

Mit Blick auf die vorgeschlagene Ergänzung des § 45 Abs 1 SGB V ergibt sich somit, daß lediglich in diesem Teilbereich des Leistungsrechts eine den besonderen Bedürfnissen von behinderten Kindern angepaßte Regelung bislang noch nicht erfolgte. Gleichwohl gilt hier festzustellen, daß gerade behinderte Kinder auch über das 12. Lebensjahr hinaus bei Krankheiten in besonderem Maße auf die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege durch einen ihrer Elternteile oder einer anderen nahestehenden Person angewiesen sind. Gerade bei alleinerziehenden Elternteilen von behinderten Kindern führt die bisherige Regelung zu nicht gewollten Härten in der Form, daß diese bei Erkrankung ihrer Kinder, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, darauf angewiesen sind, Urlaub und ggf. unbezahlten Urlaub zu nehmen, um ihrer Personensorgepflicht gegenüber dem Kind nachzukommen. Dies ist jedoch nicht gewollt.

G 8. Zu Art. 1 Nr. 10a -neu- (§ 64)

In Artikel 1 ist nach Nummer 10 folgende Nummer 10a einzufügen:

"10a. § 64 wird gestrichen."

Begründung:

Verschiedene Krankenkassen versuchen derzeit über die Erprobungsregelung des § 64 die bundesweite Einführung der Kostenerstattung für alle Pflichtversicherten durchzusetzen. Damit wird ohne gesetzliche Grundlage die Geltung des Sachleistungsprinzips als einem der Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung ernsthaft in Frage gestellt. Dies gilt umso mehr, da gegen die Bestrebungen anderer Kassenarten, aus Wettbewerbsgründen nachzuziehen, aus Gründen der Gleichbehandlung nicht eingeschritten werden kann. Um den Mißbrauch der Erprobungsregelung des § 64 zur flächendeckenden Einführung der Kostenerstattung für alle Pflichtversicherten auszuschließen, wird § 64 gestrichen.

Die Streichung entspricht einer Forderung der 66. GMK. Die GMK hat zur Begründung insbesondere darauf hingewiesen, daß zur Veränderung von Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung ein breiter politischer Konsens unter allen Beteiligten unabdingbar ist.

- G 9. Zu Art. 1 Nr. 17a -neu- und Nr. 17b -neu- (§ 118 Abs. 1, § 120 Abs. 2 Satz 1)

In Artikel 1 sind folgende Nummern 17a und 17b einzufügen:

17a. § 118 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen gebietsärztlich geleiteten Psychiatrischen Abteilungen sind von dem Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen, Psychiatrische Abteilungen jedoch nur, soweit ihnen ein Versorgungsgebiet zugeordnet ist. Andere 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 Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist."

17b. § 120 Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Die Leistungen nach §§ 118 und 119 werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet."

Begründung

zu 17a:

Nach der geltenden Fassung des § 118 Abs. 1 SGB V ist die Teilnahmerechtigung zur ambulanten Behandlung psychisch Kranker durch Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von einer Bedarfsfeststellung seitens des Zulassungsausschusses abhängig. Die jetzige Fassung der Vorschrift erweitert den Zulassungsanspruch auf die Psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, die ohnehin an der Regelversorgung teilnehmen. Mit dieser Zulassungsregelung wird nicht nur die dezentrale psychiatrische Versorgung in den Ländern verbessert, sondern darüber hinaus auch der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eng verbundenen Forderung "ambulant vor stationär" entsprochen. Die erleichterte Zulassung von Institutsambulanzen bedeutet auch für einen bestimmten Patientenkreis eine Verkürzung der stationären Verweildauer und damit Kosteneinsparung.

zu 17b:

Die Vergütung der Leistungen für die Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen gebietsärztlich geleiteten Psychiatrischen Abteilungen erfolgt entsprechend der Systematik wie die übrigen Leistungen in den §§ 118 und 119.

G

10. Zu Art. 1 nach Nr. 17

Die Bundesregierung wird gebeten zu prüfen, ob die in dem nachfolgenden Formulierungsvorschlag zum Ausdruck kommende Position in den Gesetzentwurf übernommen werden kann.

Ferner wird um Prüfung gebeten, ob und wie die vom Arzt angeordneten pflegerischen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Die Schwierigkeiten bestehen darin, daß die durch das Pflegepersonal der Heime erbrachten pflegerischen Leistungen nicht unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet werden können.

"Nach Artikel 1 Nr. 17 werden folgende Nummern 17a und 17b eingefügt:

'17a. Nach § 118 wird folgender Paragraph 118a eingefügt:

"§ 118a

Pflege- und Behinderteneinrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung stehen, sind vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der in den Einrichtungen wohnenden Versicherten zu ermächtigen."

17b. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Polikliniken" die Worte ", Pflege- und Behinderteneinrichtungen" eingefügt."

K

11. Zu Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe a (§ 200 Abs. 2 SGB V)

- a) In Artikel 1 ist Nummer 22 Buchstabe a zu streichen.

Begründung:

Mit der beabsichtigten Änderung würde erreicht, daß die Hochschulen künftig nicht nur die für die Durchführung der Versicherung erforderlichen Daten für versicherungspflichtige Studentinnen und Studenten zu melden haben, sondern auch die Daten bei allen familien- oder freiwillig versicherten Studentinnen oder Studenten. Bisher konnte die Hochschule bei familien- oder freiwillig versicherten Studentinnen und Studenten die Krankenkasse an die Versicherten verweisen, die den entsprechenden Nachweis in Form einer Immatrikulationsbescheinigung erbringen konnten. Dies wird so auch in anderen Bereichen (z.B. Kindergeld, BAföG) praktiziert.

Die Änderung des § 200 Abs. 2 Satz 1 bedeutet für die Hochschulen, im Gegensatz zu der amtlichen Begründung, einen erheblichen Verwaltungsmehraufwand.

- b) Die Bundesregierung wird gebeten zu prüfen, wie eine Verwaltungsvereinfachung sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Hochschulen erreicht werden kann.

G 12. Zu Art. 1 Nr. 23a -neu- (§ 247)

Art. 9 Abs. 3a -neu-

In Artikel 1 ist nach Nummer 23 folgende Nummer 23a einzufügen:

23a. § 247 wird wie folgt gefaßt:

"§ 247 Beitragssatz aus der Rente

(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse.

(2) Das Nähere über das Verfahren des für die Bemessung der Beiträge erforderlichen Informationsaustausches vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 bis zum 30.6.1995 nicht zustande, bestimmt der Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung das Nähere über das Verfahren.

(3) Abweichend von Absatz 1 gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung in den Jahren 1995 und 1996 bei Versicherungspflichtigen der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den der Bundesminister für Gesundheit jeweils zum 1.1. feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt vorbehaltlich Satz 1 vom 1.7. des laufenden Kalenderjahres bis zum 30.6. des folgenden Kalenderjahres."

(noch Ziff. 12)

Als Folge ist in Artikel 9 folgender Absatz 3a einzufügen:

"(3a) Am 1. Januar 1995 tritt Artikel 1 Nr. 23a in Kraft."

Begründung:

Mit Wirkung vom 1.1.1994 ist der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich eingeführt worden (§ 266), der Anfang 1995 auch auf die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erstreckt wird. Der KVdR-Finanzausgleich läuft Ende 1994 aus (vgl. Art. 34 §§ 1 u. 2 GSG). Da es sich beim KVdR-Finanzausgleich um einen vollständigen Einnahmen- und Ausgabenausgleich für alle pflichtversicherten Rentner über alle Krankenkassen hinweg handelt, ist die bestehende Regelung des § 247 gerechtfertigt, nach der die Beiträge aus den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen (derzeit 13,4 %) erhoben werden.

Mit dem Wegfall des KVdR-Finanzausgleichs unter Einbeziehung der Rentner in den Risikostrukturausgleich ab 1995 läßt sich die Beibehaltung eines Einheitsbeitragssatzes für alle Rentner nicht länger rechtfertigen. Sowohl die Konzeption des Risikostrukturausgleichs, bei dem die Rentner nicht mehr als eine besondere Versichertengruppe betrachtet werden, als auch das Ziel der Wahlfreiheit, Beitragssatzwettbewerb zwischen den Krankenkassen zu fördern und sinnvolle Kassenwechselemöglichkeiten für alle Versicherten mit ggf. entsprechenden beitragsmäßigen Folgen zu eröffnen, verlangen konsequenterweise die Individualisierung des Beitragssatzes auch für pflichtversicherte Rentner (28 % aller GKV-Versicherten), wie sie Abs. 1 vorsieht.

Nach Abs. 2 sollen die Einzelheiten des Verfahrens für den für die Bemessung der Beiträge erforderlichen Informationsaustausch durch Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden geregelt werden.

Da die Individualisierung des Beitragssatzes der Rentner für die Träger der Rentenversicherung mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden ist und da die erforderlichen Datengrundlagen sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Rentenversicherungsträgern geschaffen werden müssen, wird gem. Abs. 3 für die Jahre 1995 und 1996 eine Übergangsregelung eingeführt, die die derzeitige Regelung aufgreift und den Rentenversicherungsträgern Vorlaufzeit für die notwendige Verfahrensanpassung eröffnet. Ab 1997 haben dann auch die Rentenversicherungsträger - wie bereits seit langem die Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen der Krankenversicherung der Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz (§§ 155 ff. AFG) - individualisierte Krankenkassenbeitragssätze anzuwenden.

Da der KVdR-Finanzausgleich Ende 1994 ausläuft, sollen die entsprechenden Änderungen zur Individualisierung des Beitragssatzes der pflichtversicherten Rentner auch erst zum 1.1.1995 (mit Übergangsregelung) in Kraft treten.

G 13. Zu Art. 1 Nr. 23b -neu- (§ 255 Abs. 3 -neu- und 4 -neu-), Art. 9 Abs. 3b -neu-

In Artikel 1 ist nach Nummer 23a -neu- folgende Nummer 23b einzufügen:

23b. In § 255 werden nach Absatz 2 folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

"(3) Die Beiträge nach Absatz 1 und 2 stehen für die Bezieher der beitragspflichtigen Renten zuständigen Krankenkassen zu. Die Ansprüche der Krankenkassen nach Satz 1 können mit ihren Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich (§ 266) und mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eingezogenen Beiträgen verrechnet werden. Der Bundesminister für Gesundheit regelt im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verrechnungsverfahren.

(4) Abweichend von Absatz 3 sind in den Jahren 1995 und 1996 die Beiträge nach Absatz 1 und 2 auf die für die Bezieher der beitragspflichtigen Renten zuständigen Krankenkassen in einem Verhältnis aufzuteilen, das den auf das Kalenderjahr bezogenen Produkten von allgemeinem Beitragssatz und den nach § 267 Abs. 6 gemeldeten Renten der Krankenkassen zueinander entspricht. Die Ansprüche der Krankenkassen nach Satz 1 können mit ihren Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich (§ 266) und mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eingezogenen Beiträgen verrechnet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 das Nähere über das Verrechnungsverfahren."

Als Folge ist in Artikel 9 folgender Absatz 3b einzufügen:

"(3b) Am 1. Januar 1995 tritt Artikel 1 Nr. 23b in Kraft."

(noch Ziff. 13)

Begründung:

Absatz 3 steht in engem Zusammenhang mit der nach § 247 Abs. 1 ab 1997 geltenden Neuregelung (Individualisierung) der Bemessung der Beitragssätze aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. Begründung zu § 247). Die Beiträge der versicherungspflichtigen Rentner werden danach auf die Krankenkasse verteilt, bei der der Rentner Mitglied ist. Dabei können die Beitragsansprüche der Krankenkasse mit Ausgleichsforderungen und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich sowie bei der Abrechnung der an die Rentenversicherungsträger abzuführenden Rentenversicherungsbeiträge verrechnet werden. Die Einzelheiten zum Verrechnungsverfahren regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch entsprechende Ergänzung der Rechtsverordnung zum Risikostrukturausgleich mit Zustimmung des Bundesrates.

Die Übergangsregelung nach Abs. 4 berücksichtigt, daß eine Bemessung der Beiträge aus Renten nach dem allgemeinen Beitragssatz der zuständigen Krankenkasse erst ab 1997 möglich ist, da die hierfür erforderlichen Datengrundlagen bei den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern noch geschaffen werden müssen. Die Regelung ist deshalb unabdingbar, um ansonsten aus dem Wegfall der KVdR-Finanzierung ab 1995 für einzelne Krankenkassen erwachsende neue Wettbewerbsnachteile zu verhindern. Sie dient dazu, die Chancengleichheit im Wettbewerb für alle Krankenkassen auch im Übergangszeitraum sicherzustellen.

Alle Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen im AKV-Bereich werden ansonsten durch den gesetzlich festgelegten Beitragssatz für pflichtversicherte Rentner in Höhe des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes gezwungen, zur Deckung ihrer Gesamtausgaben den Beitragssatz im AKV-Bereich noch weiter anzuheben, während es für Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen für AKV-Versicherte zu gegenteiligen Effekten kommt. Das wirtschaftliche Ergebnis der Regelung für die einzelnen Krankenkassen entspricht weitgehend dem ab 1997 nach der Neuregelung der Beitragsbemessung (§ 247 Abs. 1) eintretenden Ergebnis.

Da der KVdR-Finanzausgleich Ende 1994 ausläuft, sollen die entsprechenden Änderungen zur Individualisierung des Beitragssatzes der pflichtversicherten Rentner auch erst zum 1.1.1995 (mit Übergangsregelung) in Kraft treten.

G 14. Zu Art. 1 Nr. 23c -neu- (§ 263a -neu-)

In Artikel 1 ist nach Nummer 23b -neu- folgende Nummer 23c einzufügen:

'23c. Es wird folgender § 263a eingefügt:

"§ 263a Verwaltungsausgabenobergrenze

- (1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets dürfen sich ab 1.1.1996 pro Jahr höchstens um den Betrag verändern, der sich durch Multiplikation der durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied mit der Veränderungsrate der nach § 270 und § 270 a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets ergibt. Ausgangsbasis für die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse sind die um 10 v. H. erhöhten durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied im Jahre 1995. Die Berechnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind, soweit sie die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Mitglied betreffen, getrennt nach Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber gem. § 147 Abs. 2 Satz 1 die Personalkosten trägt, und nach anderen Krankenkassen vorzunehmen. Krankenkassen, deren jährliche Verwaltungsausgaben je Mitglied im Jahre 1995 die Ausgangsbasis nach Satz 2 übersteigen, haben ihre jährlichen Verwaltungsausgaben je Mitglied so festzusetzen, daß sie den Mehrbetrag bis zum Jahre 2000 abbauen, der den Höchstbetrag aus Satz 2 überschritten hat. Weicht die Mitgliederzahl der Krankenkasse im laufenden Jahr um mindestens 3 v. H. von derjenigen des Vorjahres ab, kann der Berechnung nach Satz 1 der Durchschnitt der Mitgliederzahlen der letzten beiden Vorjahre zugrunde gelegt werden. Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung der Verwaltungsausgabenobergrenze ist im Folgejahr auszugleichen.

(noch Ziff. 14)

- (2) Für Krankenkassen im Beitrittsgebiet gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, daß als beitragspflichtige Einnahmen diejenigen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen sind.
- (3) Verwaltungsausgaben im Sinne der Absätze 1 und 2 sind alle Ausgaben, die nach der Anlage 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3.8.1981 in der Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten einschließlich Kontengruppe 76 - zu buchen sind.
- (4) Die Aufsichtsbehörde kann bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände eine im einzelnen bestimmte Ausnahme von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach den Absätzen 1 und 2 gestatten. Satz 1 gilt erstmals für das Jahr 2001."

Begründung:

Um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft sicherstellen zu können, soll die Entwicklung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (1992: 8,7 Mrd. DM, altes Bundesgebiet) langfristig in einem angemessenen Gleichgewicht zur Entwicklung des Anstiegs der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben der Krankenkassen gehalten werden, ohne daß dies mit bürokratischen und/oder verwaltungsaufwendigen Vorlage- oder Genehmigungsverfahren für die Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden verbunden ist. Damit erfolgt ein Ausgleich im Spannungsfeld, zwischen den Notwendigkeiten einer mit Einführung der Wahlfreiheit ab 1996 stärker wettbewerblich orientierten gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und den Erfordernissen eines im wesentlichen aus den gesetzlichen Zwangsbeiträgen von Pflichtmitgliedern finanzierten sozialen Krankenversicherungssystems, das dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet ist (§ 4 Abs. 4 SGB V, § 69 Abs. 2 SGB IV), andererseits. Dem dient insbesondere die Regelung, wonach für die Ermittlung der zulässigen Ausgabenobergrenze der Krankenkassen als Ausgangswert die um 10 % erhöhten durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen zugrundegelegt werden.

Mit der Regelung wird nicht zuletzt eine prinzipielle Gleichstellung aller Kassenarten hinsichtlich ihrer Möglichkeiten bei Entwicklung und Ausgestaltung von Personal- und Vergütungsstrukturen - unabhängig vom Bestehen von DO-Dienstrechtsverhältnissen - erreicht und dauerhaft sichergestellt.

(noch Ziff. 14)

Nach Abs. 1 dürfen sich die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied ab 1996 entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets entwickeln. Als Ausgangsbasis für die jährlichen Verwaltungsausgaben gelten dabei die um 10 v. H. erhöhten durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Jahre 1995. Damit wird den Bedürfnissen der einzelnen Krankenkassen beim Start in die Wahlfreiheit Rechnung getragen. Für Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber weiterhin die Personalkosten trägt, wird gleichzeitig eine gesonderte Berechnung vorgeschrieben.

Um mittel- und langfristig die Gleichstellung aller Krankenkassen hinsichtlich der Verwaltungsausgaben zu erreichen, wird den Krankenkassen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung deutlich überdurchschnittliche Verwaltungsausgaben ausweisen, ein Anpassungszeitraum von 5 Jahren zum Abbau unwirtschaftlicher Verwaltungsstrukturen eingeräumt. Gleichzeitig wird durch die Regelung, daß bei deutlich abnehmender Mitgliederzahl einer Krankenkasse - insbesondere infolge von Wahlentscheidungen der Versicherten - zur Berechnung der Verwaltungsausgabenobergrenze die Mitgliederzahlen der letzten beiden Vorjahre herangezogen werden können, die notwendige Flexibilität und Planungssicherheit für die Krankenkassen erreicht.

Abs. 2 sieht eine Parallelvorschrift für die neuen Länder vor.

Die Regelungen des Abs. 3 ermöglichen eine durchgängige Auslegung und Abgrenzung der Verwaltungsausgaben.

Die Regelung des Abs. 4 gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, in Sonderfällen, in denen die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben oder vertraglicher Verpflichtungen die Krankenkassen vor unlösbare finanzielle Probleme stellt, eine Budgetüberschreitung zu gestatten. Dem Ziel der Regelung, eine Gleichstellung aller Krankenkassen im Wettbewerb hinsichtlich der Verwendungsmöglichkeiten von (Zwangs-)Beiträgen der Versicherten für Verwaltungsaufgaben zu erreichen, würde es aber zuwiderlaufen, der Aufsichtsbehörde bereits im Zeitraum der Angleichung der Verwaltungsausgaben die Möglichkeit von Ausnahmeregelungen zu eröffnen. Die Vorschrift gilt deshalb erstmals im Jahre 2001. Mit der Regelung zur Ausgabenobergrenze nach Abs. 1 sind den Krankenkassen die Spielräume gegeben, sich den mit der Wahlfreiheit ab 1996 verbundenen Herausforderungen stellen zu können.

G 15. Zu Art. 1 Nr. 25a - neu - (§ 274 Abs. 2 Satz 1)

In Art. 1 ist nach Nr. 25 folgende Nr. 25 a einzufügen:

'25 a. § 274 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Die Kosten, die den mit der Prüfung befaßten Stellen entstehen, tragen die Krankenkassen und die Verbände nach dem Verhältnis der Mitglieder der Krankenkassen."

Begründung:

Die Vorschrift wird an die nach Einführung des Risikostrukturausgleichs ab 01.01.1994 geltende neue Rechtslage angepaßt. Die bisherige Regelung, nach der die Kosten im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aufzuteilen waren, benachteiligt ab 1994 Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen, da diese zwischen den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden.

- G 16. Zu Art. 1 Nr. 25b - neu - (§ 279 Abs. 2, 6)
Art. 1a - neu - (§ 279 Abs. 2 Satz 1 und 2)
Art. 9 Abs. 4 (Art. 1a - neu -)

a) In Art. 1 ist nach Nr. 25 a - neu - folgende Nr. 25 b einzufügen:

25 b. § 279 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"Der Verwaltungsrat wird von den Vertreterversammlungen der Mitglieder grundsätzlich auf die Dauer von 6 Jahren gewählt. Die Wahl findet jeweils innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl der Vertreterversammlungen im Zuge der allgemeinen Sozialversicherungswahlen statt, auch wenn die Amtsdauer nach Satz 1 noch nicht abgelaufen ist. Der neu gewählte Verwaltungsrat tritt spätestens drei Monate nach der Wahl aller Vertreter zusammen. Die gewählten Vertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tage, an dem die 1. Sitzung stattfindet. Die bisherigen Vertreter im Verwaltungsrat üben ihre Tätigkeit bis zum Zusammentritt des neugewählten Verwaltungsrates weiter aus. Wiederwahl ist zulässig. § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 6 Nr. 2 bis 4, Nr. 5 Buchst. b und c und Nr. 6 Buchst. a SGB IV gilt entsprechend. Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind nicht wählbar."

bb) In Absatz 6 ist die Angabe "§§ 58, 59 Abs. 1 bis 3," zu ersetzen durch die Angabe "§ 59 Abs. 1 bis 3,."

(noch Ziff. 16)

- b) Es ist folgender Artikel 1a einzufügen:

'Artikel 1a
Zweite Änderung der SGB V

Das Fünfte Buch SGB, zuletzt geändert durch Artikel 1 dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

§ 279 Abs. 2 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefaßt:

"Der Verwaltungsrat wird von den Verwaltungsräten der Mitglieder grundsätzlich auf die Dauer von 6 Jahren gewählt. Die Wahl findet jeweils innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl der Verwaltungsräte der Mitglieder im Zuge der allgemeinen Sozialversicherungswahlen statt, auch wenn die Amtsdauer nach Satz 1 noch nicht abgelaufen ist."

- c) In Artikel 9 Abs. 4 sind nach den Worten "Artikel 1 Nr. 20 und 23" die Worte "Artikel 1a" einzufügen.

Begründung:

Die bisherige Regelung führt zu unterschiedlichen Interpretationen über die tatsächliche Amtsdauer des Verwaltungsrates. Durch die Errichtung der Medizinischen Dienste im Jahre 1989 endet die Amtsdauer bei wörtlicher Auslegung erst 1995 und würde damit auf Dauer von den Wahlperioden der übrigen Sozialversicherungsträger und deren Verbänden abweichen. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Problemen, da die Mitglieder in der Regel aus den Organen der Mitglieder des MDK heraus gewählt werden. Die Organfunktion ist jedoch nicht Voraussetzung für die Wählbarkeit, so daß ein Mitglied des Verwaltungsrates bei einem Ausscheiden aus den Organen des entsendenden Mitglieds grundsätzlich nicht seine Organeigenschaft im Verwaltungsrat verliert. Durch die Neuregelung wird die notwendige Klarstellung und eine dauerhafte Angleichung der Wahlperioden erreicht.

Die Änderung unter Buchstaben b und c ist eine Folgeregelung zur Einführung der neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen und ihren Verbänden ab 1. Januar 1996.

G 17. Zu Artikel 1 Nr. 27 (§ 308 Abs. 3 Satz 3)

In Artikel 1 Nr. 27 sind in § 308 Abs. 3 Satz 3 die Worte "sowie des" durch ein Komma zu ersetzen und nach den Worten "und 7b Satz 1" die Worte "sowie des § 313 Abs. 6" einzufügen.

Begründung:

Die Regelung des § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V führt dazu, daß ab 1.1.1995 für den Ostteil Berlins unterschiedliche Geringverdienergrenzen zugrunde zu legen sind, in der Krankenversicherung die des Rechtskreises West und in der Renten- und Arbeitslosenversicherung die des Rechtskreises Ost. Die Folge dieser unterschiedlichen Grenzen wäre eine Mehrbelastung der Arbeitgeber auch in beitragsrechtlicher Hinsicht. Denn die Arbeitgeber müßten aus einem im Ostteil Berlins ausgeübten Beschäftigungsverhältnis ggf. allein die Beiträge zur Krankenversicherung tragen, während die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte aufzubringen wären. Wenngleich dies nur für einen geringen Anteil der Beschäftigten gelten würde, sollte diese Mehrbelastung der Arbeitgeber in verwaltungs- und beitragsmäßiger Hinsicht vermieden werden.

Daher ist durch eine Erweiterung des Ausnahmekatalogs des § 308 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 1 um die Bestimmung des § 313 Abs. 6 SGB V sicherzustellen, daß im Ostteil Berlins über den 31.12.1994 hinaus in allen Sozialversicherungszweigen die bisherige Geringverdienergrenze einheitlich weitergilt.

- G 18. Zu Art. 1 Nr. 30 - neu - (§ 311 Abs. 4 Buchst. c)
Art. 9 Abs. 2 (Art. 1 Nr. 30 - neu -)

a) In Artikel 1 ist folgende Nummer 30 anzufügen:

'30. In § 311 Abs. 4 Buchstabe c wird folgender Satz angefügt:
"Dies gilt auch für ein von Satz 1 abweichendes Verhältnis, sofern die Wahl zur Vertreterversammlung, auf der das Verhältnis beruht, vor dem 01.01.1993 durchgeführt wurde."

b) In Artikel 9 Abs. 2 sind die Worte "und 9" zu ersetzen durch die Worte ", 9 und 30".

Begründung:

In zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Ländern hat nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes noch keine Neuwahl der Vertreterversammlung stattgefunden. Vertragsärzte und Ärzte, die in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigt werden, sind vielmehr in den Organen in dem Verhältnis vertreten, das sich auf Grund einer vor dem 1. Januar 1993 stattgefundenen Wahl zur Vertreterversammlung und einer daraufhin stattgefundenen Vorstandswahl ergeben hat. Dieses von § 311 Abs. 4 Buchstabe c Satz 1 SGB V abweichende Verhältnis soll nachträglich legitimiert werden. Daraus folgt, daß die Regelung auch rückwirkend zum 01.01.1993 in Kraft gesetzt werden muß.

G

19. Zu Artikel 2 Nr. 2a - neu - (§ 354 Abs. 5 Satz 1)

In Artikel 2 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

"2a. In § 354 Abs. 5 Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der letzte Halbsatz gestrichen."

Begründung:

Der aufsichtliche Genehmigungsvorbehalt in § 354 Abs. 5 Satz 1 letzter Halbsatz RVO ist entbehrlich und kann ersatzlos gestrichen werden. Die praktische Bedeutung des § 354 Abs. 5 RVO ist ohnehin gering und eine mißbräuchliche Anwendung, die eine aufsichtsbehördliche Mitwirkung erfordert, nicht zu erwarten.

- In 20. Zu Art. 3 und 4
K Zu Art. 9 Abs. 3
- Ziff. 20
und 23
schließen
einander
aus
- Artikel 3 und 4 sind zu streichen.
- Als Folge sind in Artikel 9 Abs. 3 die Worte ", Artikel 3 und Artikel 4" zu streichen, und das Wort "treten" ist durch das Wort "tritt" zu ersetzen.
21. Begründung:
In
- Bei Annahme
von Ziff. 21
und 22 sind
diese re-
daktionell
aufeinander
abzustimmen
- Die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bzw. der Abgrenzungsverordnung werden abgelehnt.
- Mit Urteil vom 21. Januar 1993 hat das Bundesverwaltungsgericht zur dualen Krankenhausfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG) festgestellt, daß Erhaltungsaufwendungen nicht zu den im Wege der öffentlichen Förderung zu übernehmenden Investitionskosten der Krankenhäuser zu rechnen, sondern über die Pflegesätze abzuwickeln sind. Hierdurch ist für die Krankenhausfinanzierung im Ergebnis eine neue Geschäftsgrundlage eingetreten, da bisher von den Ländern eine andere Bewilligungspraxis geübt wurde, indem auch der sog. Erhaltungsaufwand regelmäßig von den Ländern gefördert wurde.
- Die Länder haben diese neue Geschäftsgrundlage begrüßt und sich einer Initiative der Freien Hansestadt Bremen angeschlossen, die den Bund veranlassen soll, für den Bereich der Pflegesatzfinanzierung das Weitere (Klarstellung in der Bundespflegesatzverordnung) zu veranlassen. Eine entsprechende Entschließung hat der Bundesrat in seiner 662. Sitzung am 5. November 1993 - BR-Drs. 645/93 (Beschluß) - gefaßt.
- Mit ihrem Gesetzentwurf will die Bundesregierung nunmehr ab 1. Januar 1994 die alte Praxis fortsetzen und hierfür die notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen schaffen. Der Erhaltungsaufwand soll wiederum im Wege der öffentlichen Förderung von den Ländern übernommen werden.
- Aus Ländersicht ist diesem Vorhaben in mehrfacher Hinsicht zu widersprechen. Es steht einmal im Widerspruch zur Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, die einen Schritt hin zur monistischen Finanzierung brachte. Dieser Schritt sollte nicht aus vordergründigen Erwägungen rückgängig gemacht werden. Hierdurch würde die Rechtssicherheit bzw. Verlässlichkeit staatlicher Entscheidungen erheblich in Mitleidenschaft gezogen. Insbesondere käme es bei den zwischenzeitlich negativ beschiedenen Krankenhausträgern zu Irritationen.
- Zum anderen rechtfertigt die finanzielle Größenordnung (300 bis 500 Mio. DM bundesweit) diese Nachteile kaum. Wenn diese Kosten über den Pflegesatz zu finanzieren sind, führt dies allenfalls zu Mehrkosten von 0,2 v.H. bei der GKV (Ausgabevolumen 1990: rund 140 Mrd. DM). Hinzu kommt, daß gerade die vorgesehene Definition der Erhaltungsaufwendungen (... "wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden") befürchten läßt, daß mit dieser Regelung wirtschaftliches Verhalten verhindert wird. Es besteht die Gefahr, daß die billigere - allerdings pflegesatzwirksame - kontinuierliche "Pflege" eines Wirtschaftsgutes unterbleibt und es statt dessen später als "Generalsanierung" in die öffentliche Förderung übernommen werden muß.
- Insgesamt ist die Gesetzesvorlage aus Sicht der Länder, auch im Hinblick auf ihre Verantwortung für die Kommunalfinanzen, nicht hinnehmbar.

K 22. Begründung:

Die Bundesregierung beabsichtigt, durch Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG -) des GKV-AnpG den gesetzlichen Investitionskostenbegriff zu erweitern und gleichzeitig den Begriff der pflegesatzfähigen Kosten einzuschränken.

Der Bundesrat hat in seiner 662. Sitzung am 5.11.1993 eine EntschlieÙung angenommen, mit der die Bundesregierung aufgefordert wird, die aufgrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 21.01.1993 - BVerwG 3C66.90 - notwendige Klarstellung im KHG zu schaffen, indem der Erhaltungsaufwand (Heizungs-, Fenster-, Dach- und Fassadensanierung) von Krankenhäusern ausdrücklich in die pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten einbezogen wird.

Die vom Bund im Artikel 3 GKV-AnpG beabsichtigte Änderung des KHG steht dieser EntschlieÙung diametral entgegen. Sie würde zu nicht vertretbaren zusätzlichen Kosten für die Hochschulkliniken führen und brächte eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Hochschulkliniken im Bereich von Forschung und Lehre, aber auch bei der Krankenversorgung mit sich.

Durch die Streichung des Artikels 3 wird die in Artikel 4 vorgesehene Änderung der Abgrenzungsverordnung (AbgrV) in der vorgelegten Fassung hinfällig.

- G 23. Zu Art. 3 (§ 17 Abs. 1a Satz 3a - neu -, 4)
Fz Art. 3a - neu - (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. g - neu -)
Art. 4 (§ 4, Verzeichnis III der Anlage)
Ziff. 23 Art. 9 Abs. 2
und
Ziff. 20
schließen
einander
aus a) Zu Artikel 3

Artikel 3 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. In § 17 Abs. 1a wird nach Satz 3 folgender Satz 3a eingefügt:

"Zu berücksichtigen sind ferner die Mehrkosten von Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, die nach § 4 Nr. 2 der Abgrenzungsverordnung in der Fassung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255) bisher nicht den Instandhaltungskosten zugeordnet worden sind."

2. In § 17 Abs. 1a Satz 4 ist die Angabe "Sätze 1 bis 3" zu ersetzen durch die Angabe "Sätze 1 bis 3a".

(noch Ziff. 23)

b) Es ist folgender Artikel 3a einzufügen:

'Artikel 3a

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

In § 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe f wird der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe g angefügt:

" g) Mehrkosten von Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, die nach § 4 Nr. 2 der Abgrenzungsverordnung in der Fassung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255) bisher nicht den Instandhaltungskosten zugeordnet worden sind; wurden solche Maßnahmen im Jahre 1993 begonnen, so sind die in diesem Jahre angefallenen Mehrkosten im nächstfolgenden Budget zu berücksichtigen."

(noch Ziff. 23)

c) Artikel 4 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 4

Änderung der Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255),
wird wie folgt geändert:

1. **§ 4 erhält folgende Fassung:**

" § 4

Instandhaltungskosten

Instandhaltungskosten sind die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch das Anlagegut in seiner Substanz nicht wesentlich vermehrt, in seinem Wesen nicht erheblich verändert, seine Nutzungsdauer nicht wesentlich verlängert oder über seinen bisherigen Zustand hinaus nicht deutlich verbessert wird."

2. Verzeichnis III der Anlage wird aufgehoben.'

(noch Ziff. 23)

d) Artikel 9 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

"(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 treten Artikel 1 Nr. 1, 4 und 9, Artikel 3, 3a und 4 in Kraft."

Als Folge sind in Artikel 9 Abs. 3 die Worte "Artikel 3 und Artikel 4" zu streichen, und das Wort "treten" ist durch das Wort "tritt" zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchst. a (Artikel 3)

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21.1.1993 Az.: 3 C 66/90 sind auch bauliche Erhaltungsmaßnahmen (Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten), bei denen die in Betracht kommenden Güter überwiegend oder vollständig ersetzt werden, nicht mehr den förderfähigen Investitionskosten, sondern den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten zuzuordnen. Die bisher von den Ländern geförderten Maßnahmen können im Rahmen der Budgetobergrenze nicht über den Pflegesatz finanziert werden. Es ist deshalb erforderlich, für die notwendigen Kosten solcher Erhaltungsmaßnahmen die gesetzliche Regelung über die außerhalb der Budgetobergrenze berücksichtigungsfähigen Kosten zu erweitern.

Zu Buchst. b (Artikel 3a -neu-)

Die Ergänzung der Bestimmung des § 4 Abs. 3 BPflV um einen neuen Buchstaben g ist eine Folge der Änderung des Artikels 3. Es ist nicht zweckmäßig, rückwirkend für das Jahr 1993 ein neues Budget zu vereinbaren und die Mehrkosten im Budget 1994 auszugleichen. Deshalb sollen die Mehrkosten für 1993 begonnene Maßnahmen in dem nächstfolgenden Budget berücksichtigt werden.

(noch Ziff. 23)

Zu Buchst. c (Artikel 4)

Die Neufassung des § 4 Abgrenzungsverordnung trägt der Rechtslage nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21.1.1993 durch Neudefinition der pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten im Sinne des § 4 Nr. 1 des Gesetzentwurfs Rechnung.

Zu Buchst. d (Artikel 9 Abs. 2)

Das rückwirkende Inkrafttreten der Artikel 3 bis 4 ist erforderlich, damit auch die Mehrkosten im Jahre 1993 für die bisher von den Ländern geförderten Erhaltungsmaßnahmen im Budget berücksichtigt werden können.

G 24. Artikel 5 Nr. 1a - neu - (§ 2 Abs. 1 - neu -)

In Artikel 5 ist folgende Nummer 1a einzufügen:

1a. Dem § 2 wird folgender Absatz 1 vorangestellt:

"(1) Die Bestellung als unparteiischer Vorsitzender oder als eines der unparteiischen Mitglieder ist ausgeschlossen, wenn

1. eine Person als Bevollmächtigter oder Beistand eines Trägers oder Verbandes der Krankenversicherung, einer Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung oder der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Bundesvereinigung bestellt ist oder war;
2. eine Person Mitglied eines Organs von Trägern oder Verbänden der Krankenversicherung, einer Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung oder der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Bundesvereinigung ist oder gewesen ist;
3. eine Person Bediensteter der Träger oder Verbände der Krankenversicherung, einer Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung oder der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Bundesvereinigung ist oder gewesen ist;
4. eine Person Geschäftsführer oder Stellvertreter bei den Trägern oder Verbänden der Krankenversicherung, einer Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigung oder der Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Bundesvereinigung ist oder gewesen ist.

Satz 1 gilt entsprechend für die Vertreter des unparteiischen Vorsitzenden sowie der unparteiischen Mitglieder."

Der bisherige Text des § 2 wird Absatz 2.'

(noch Ziff. 24)

Begründung:

§ 89 Abs. 2 Satz 2 SGB V sieht vor, daß das Landesschiedsamt u.a. aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu bestehen hat. Diese Bestimmung gilt für die Besetzung der Bundesschiedsämtler nach § 89 Abs. 4 Satz 2 SGB V entsprechend.

Die hier vorgenommene Änderung soll sicherstellen, daß es sich bei den unparteiischen Mitgliedern des Schiedsamtes um Personen handelt, die in keinem wie auch immer gearteten Abhängigkeitsverhältnis zu den am Ausgang eines Schiedsverfahrens interessierten Beteiligten steht.

Während in anderen Bereichen eine Einigung auch auf die unparteiischen Mitglieder bzw. ein Letztentscheidungsrecht der Aufsichtsbehörde zwingend vorgesehen ist, ist für die Besetzung der Schiedsämtler ein Losentscheid möglich. Deshalb ist hier eine rechtliche Regelung notwendig, nach der eine Bestellung und damit ggf. die Bestimmung durch Beschluß eines an sich nicht unparteiischen Mitglieds ausgeschlossen ist.

Sollte es auch insofern zu keiner Einigung der Beteiligten kommen, hätte die jeweilige Aufsichtsbehörde das Recht, diese Bestellung zu beanstanden.

G 25. Art. 5 Nr. 2a - neu - (§ 4 Abs. 1 nach Satz 1)

In Artikel 5 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

1 2 a. In § 4 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Als wichtiger Grund gilt insbesondere, daß die Bestellung als unparteiisches Mitglied gem. § 2 Abs. 1 ausgeschlossen wäre."1

Begründung:

Hierdurch wird gesetzlich klargestellt, daß es als wichtiger Grund zur Abberufung im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 des Schiedsamtverordnung anzusehen ist, daß der Vorsitzende oder eines der unparteiischen Mitglieder nicht die Anforderungen an die Unparteilichkeit erfüllen.

- G 26. Zu Art. 7a - neu - (§ 17 Abs. 2, 4)
Art. 7b - neu - (§ 17 Abs. 4)
Art. 9 Abs. 4 (Art. 7a Nr. 1 - neu -, Art. 7b - neu -)

a) Nach Artikel 7 ist folgender Artikel 7a einzufügen:

'Art. 7a

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Januar 1993 (BGBl. I S. 50), wird wie folgt geändert:

1. § 17 Abs. 2 wird um folgenden Satz ergänzt:

"Davon unberührt bleibt die Regelung in Absatz 4."

2. § 17 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

"(4) Geschäftsführer, deren Stellvertreter und leitende Angestellte bei den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie Geschäftsführer und deren Stellvertreter bei den Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen sind als ehrenamtliche Richter in den Kammern für Angelegenheiten des Kassenarztrechts nicht ausgeschlossen."

(noch Ziff. 26)

- b) nach Artikel 7a - neu - ist folgender Artikel 7b - neu - einzufügen:

'Artikel 7b

Zweite Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz, zuletzt geändert durch Artikel 7a dieses Gesetzes, wird wie folgt geändert:

In § 17 Abs. 4 werden die Worte "Geschäftsführer, deren Stellvertreter" ersetzt durch die Worte "Mitglieder der Vorstände (§ 35a SGB IV)".

- c) In Artikel 9 Abs. 4 sind nach den Worten "Buchstabe a" einzufügen die Worte "und Artikel 7a Nr. 1 und Artikel 7b".

Begründung:

Zu Buchstabe a Nr. 2

Durch die bereits wirksam gewordenen oder bevorstehenden Vereinigungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird sich die Zahl der als ehrenamtliche Richter nach § 17 Abs. 4 in Frage kommenden Personen erheblich reduzieren. Dies kann zu Engpässen führen. Um dies zu vermeiden, sollen auch leitende Angestellte der Krankenkassen (z. B. Regionaldirektoren) in diesen Fällen zum Richteramt zugelassen werden. Die Regelung entspricht im übrigen einer offenbar bereits vielfach praktizierten Auslegung der bisherigen Vorschrift; sie dient der Rechtssicherheit.

Zu Buchstabe a Nr. 1 und Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen ab 1.1.1996 (§ 31 Abs. 3 a SGB IV).

G 27. Art. 7c -neu- (§ 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

Nach Artikel 7b - neu - ist folgender Artikel 7c - neu - einzufügen.

'Artikel 7c

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungs-Nr. 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 9 des Gesetzes vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Der Zulassungsausschuß besteht aus 14 Mitgliedern, und zwar aus je 7 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern der benötigten Zahl, die von der Körperschaft bestellt werden, die den Vertreter bestellt."

b) Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bestellen je einen Vertreter der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie der See-Krankenkasse."

2. § 35 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Der Berufungsausschuß besteht aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus je 7 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Stellvertreter sind in der nötigen Zahl von der Körperschaft zu bestellen, die den Vertreter bestellt."

(noch Ziff. 27)

Begründung:

Zu Nr. 1 (§ 34)

Folgeänderung aufgrund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten § 96 SGB V. Danach werden Entscheidungen in Zulassungssachen nunmehr durch Zulassungsausschüsse gefaßt, denen sowohl Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen als auch der Verbände der Ersatzkassen angehören.

Mit der Einbeziehung der Ersatzkassen in das Zulassungsrecht ist jedoch nicht parallel die Zahl der Vertreter der Krankenkassen in den Zulassungsgremien angepaßt worden. Dies führt bei der Neubesetzung der Zulassungsgremien dazu, daß insbesondere die Kassenarten mit weniger Mitgliedern nicht oder nur über Stellvertretungen präsent sind.

Die hier vorgenommene Änderung trägt dem Rechnung, indem nunmehr von jeder Kassenart ein Vertreter in die jeweiligen Zulassungsausschüsse entsandt werden kann.

Eine entsprechende Regelung ist im Gesetzentwurf in Art. 5 im Übrigen jetzt auch für das Schiedsamtverfahren vorgesehen.

Zu Nr. 2 (§ 35)

Die Regelung über die Berufungsausschüsse wird der Vorschrift über die Zulassungsausschüsse angepaßt.

G 28. Art. 7d -neu- (§ 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

Nach Artikel 7c - neu - ist folgender Artikel 7d - neu - einzufügen:

'Artikel 7d

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungs-Nr. 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 10 des Gesetzes vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Der Zulassungsausschuß besteht aus 14 Mitgliedern, und zwar aus je 7 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern der benötigten Zahl, die von der Körperschaft bestellt werden, die den Vertreter bestellt."

b) Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bestellen je einen Vertreter der Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie der See-Krankenkasse."

2. § 35 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

"(1) Der Berufungsausschuß besteht aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus je 7 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Stellvertreter sind in der nötigen Zahl von der Körperschaft zu bestellen, die den Vertreter bestellt."

(noch Ziff. 28)

Begründung:

Zu Nr. 1 (§ 34)

Folgeänderung aufgrund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten § 96 SGB V. Danach werden Entscheidungen in Zulassungssachen nunmehr durch Zulassungsausschüsse gefaßt, denen sowohl Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen als auch der Verbände der Ersatzkassen angehören.

Mit der Einbeziehung der Ersatzkassen in das Zulassungsrecht ist jedoch nicht parallel die Zahl der Vertreter der Krankenkassen in den Zulassungsgremien angepaßt worden. Dies führt bei der Neubesetzung der Zulassungsgremien dazu, daß insbesondere die Kassenarten mit weniger Mitgliedern nicht oder nur über Stellvertretungen präsent sind.

Die hier vorgenommene Änderung trägt dem Rechnung, indem nunmehr von jeder Kassenart ein Vertreter in die jeweiligen Zulassungsausschüsse entsandt werden kann.

Eine entsprechende Regelung ist im Gesetzentwurf in Art. 5 im übrigen jetzt auch für das Schiedsamtverfahren vorgesehen.

Zu Nr. 2 (§ 35)

Die Regelung über die Berufungsausschüsse wird der Vorschrift über die Zulassungsausschüsse angepaßt.

G 29. Zu Art. 9 Abs. 2 (Art. 1 Nr. 13 Buchst. a, 18)

In Artikel 9 Abs. 2 sind die Worte "und 9" zu ersetzen durch die Worte "9, 13 Buchstabe a und 18".

Begründung:

Mit den Regelungen in Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe a und Nr. 18 wird der Personalkostenentwicklung bei nichtärztlichen Dialyseleistungen in den neuen Bundesländern Rechnung getragen.

Diese Personalkostenentwicklung hat sich aber bereits 1993 ausgewirkt. Der Antrag trägt dem Rechnung.

B

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik

hat von einer Empfehlung an das Plenum des Bundesrates abgesehen.

*