

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Zielsetzung

Bei Anwendung der Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich ein notwendiger Korrektur- und Änderungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und einigen anderen Rechtsvorschriften herausgestellt. Zudem gibt ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom Januar 1993 Anlaß, die Ermächtigung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Abgrenzung förderungsfähiger Krankenhausinstandhaltungskosten von den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten zu präzisieren. Schließlich wird dem Auftrag des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Rechnung getragen, Folgeregelungen zu der im Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 festgelegten Schließung des Dienstordnungssystems einzuführen, um Nachteile für verbleibende Dienstordnungsangestellte zu vermeiden.

B. Lösung

Das GKV-Anpassungsgesetz enthält neben klarstellenden Regelungen vor allem folgende Änderungen:

1. In das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch werden Vorschriften aufgenommen, die
 - Folgeregelungen zur Änderung der Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner im Gesundheitsstrukturgesetz,
 - Umsetzungen zur Änderung des Bundesvertriebenengesetzes für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung,

— punktuelle Konkretisierungen der Vorschriften über die Veränderung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen zum Inhalt haben.

2. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wird die Ermächtigung zur Abgrenzung förderungsfähiger und damit von den Ländern zu finanzierender Kosten der Krankenhausinstandhaltung von den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten präzisiert, die von den Krankenkassen zu tragen sind. Aus rechtsförmlichen Gründen werden die entsprechenden Vorschriften der Abgrenzungsverordnung ohne Änderung in das Gesetz aufgenommen.
3. Die Änderung der Schiedsamtverordnung enthält Folgeregelungen zum Gesundheitsstrukturgesetz.
4. Im Lohnfortzahlungsgesetz werden die Vorschriften zum Lohnausgleichsverfahren konkretisiert.
5. In der Reichsversicherungsordnung und in dem Zweiten Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern werden Folgeregelungen aus der Schließung des Dienstordnungssystems im Gesundheitsstrukturgesetz getroffen. Die Krankenkassen und ihre Verbände erhalten die Möglichkeit, die auch für dienstordnungsmäßig Angestellte geltenden beamtenrechtlichen Obergrenzen für Beförderungsämter zu überschreiten, wenn dies erforderlich ist, um eine Verschlechterung der Beförderungsverhältnisse zu vermeiden.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Länder haben weiterhin die förderungsfähigen Instandhaltungskosten für Krankenhäuser zu tragen.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
021 (313) — 811 00 — Kr 25/94

Bonn, den 3. März 1994

An die Präsidentin
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften — GKV-Anpassungsgesetz — (GKV-AnpG) mit Begründung (Anlage 1) und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 665. Sitzung am 4. Februar 1994 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf, wie aus Anlage 2 ersichtlich, Stellung zu nehmen.

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

Dr. Helmut Kohl

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften

— GKV-Anpassungsgesetz — (GKV-AnpG)

Inhaltsübersicht

- Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2: Änderung der Reichsversicherungsordnung
- Artikel 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- Artikel 4: Änderung der Abgrenzungsverordnung
- Artikel 5: Änderung der Schiedsamtverordnung
- Artikel 6: Änderung des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern
- Artikel 7: Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes
- Artikel 8: Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
- Artikel 9: Inkrafttreten

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

Artikel 1**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 1 Nr. 11 wird wie folgt gefaßt:

„11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 Nr. 2 des Sechsten Buches) oder des Bezugs von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 891a der Reichsversicherungsordnung) eine freiwillige Versicherung bestanden hat.“

2. In § 13 Abs. 4 wird die Angabe „des Absatzes 2“ durch die Angabe „des Absatzes 3“ ersetzt.

3. § 19 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Familienangehörigen Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der Leistungsanspruch nach Satz 1 hat Vorrang vor einer Versicherung nach § 10.“

4. § 27 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 haben

1. Personen, die sich nur vorübergehend im Inland aufhalten,
2. zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird,
3. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist,
4. Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes

Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse (§ 4) oder nach § 10 versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist.“

5. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen 3 Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen 5 Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen 7 Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

6. In § 32 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Abs. 1“ eingefügt.
7. In § 40 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Abs. 1“ eingefügt.
8. In § 41 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 27“ die Angabe „Abs. 1“ eingefügt.
9. § 54 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Berechnung der in Satz 1 genannten Zeiten werden mit Wirkung vom 1. Januar 1993 bei Vertriebenen im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie bei Spätaussiedlern im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes und bei ihren Ehegatten und Abkömmlingen im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes Zeiten der Zugehörigkeit zu einem staatlichen Gesundheitssystem in den dort genannten Gebieten wie Mitgliedszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.“
10. In § 60 Abs. 3 Nr. 4 wird das Wort „den“ durch das Wort „der“ und das Wort „festgesetzten“ durch das Wort „festgesetzte“ ersetzt.
11. § 73 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Kassenärztliche“ durch das Wort „Vertragsärztliche“ ersetzt.
 - b) In den Absätzen 3, 5 und 6 wird jeweils das Wort „kassenärztlichen“ durch das Wort „vertragsärztlichen“ ersetzt.
12. In § 84 Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „nach Artikel 27“ durch die Angabe „nach Artikel 29“ ersetzt.
13. § 85 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 b) wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Vergütungen für Leistungen nach Absatz 3 a Satz 4 werden für einen Anteil von zwei Dritteln entsprechend Absatz 3 a Satz 1 und für einen Anteil von einem Drittel entsprechend Satz 1 angepaßt.“
 - b) Nach Absatz 3 c) wird folgender Absatz eingefügt:

„(3d) Das Bundesministerium für Gesundheit kann bei Ereignissen mit erheblicher Folgewirkung für die medizinische Versorgung zur Gewährleistung der notwendigen ärztlichen Versorgung die Gesamtvergütungen nach den Absätzen 3 a und 3 b durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöhen.“
 - c) In Absatz 4 wird jeweils das Wort „Kassenärzte“ durch das Wort „Vertragsärzte“ und das Wort „Kassenarztes“ durch das Wort „Vertragsarztes“ ersetzt.
14. In § 88 Abs. 3 wird das Wort „kassenzahnärztlichen“ durch das Wort „vertragszahnärztlichen“ ersetzt.
15. In § 95 Abs. 7 wird der letzte Satz gestrichen.
16. § 97 Abs. 3 Satz 1 wird gestrichen.
17. In § 103 Abs. 2 Satz 3 werden die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Besonderheiten bei den Kassenarten“ gestrichen.
18. Dem § 127 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für nichtärztliche Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 5 gilt § 85 Abs. 3 b Satz 4 entsprechend.“
19. § 145 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Landesregierung vereinigt auf Antrag des Landesverbandes durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Ortskrankenkassen des Landes nach Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, wenn

 1. die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind und
 2. eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

Erstreckt sich der Bezirk nach der Vereinigung der Ortskrankenkassen über das Gebiet eines Landes hinaus, gilt § 143 Abs. 3 entsprechend.“
20. § 186 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 179 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 232 Abs. 3“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 179 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 232 Abs. 3“ ersetzt.
21. § 190 Abs. 9 wird wie folgt gefaßt:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.“
22. § 200 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „versicherungspflichtige Studenten“ durch die Wörter „versicherte Studenten“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Bundesminister“ durch die Wörter „Das Bundesministerium“ ersetzt.
23. Dem § 232 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) 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.“
24. Im Vierten Abschnitt des Achten Kapitels werden vor § 268 die Angabe „Zweiter Titel“ sowie die Überschrift „Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner“ gestrichen.

25. In § 269 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „Kassenärzte“ durch das Wort „Vertragsärzte“ ersetzt.

26. § 297 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Stichprobenprüfungen“ durch das Wort „Zufälligkeitsprüfungen“ ersetzt.

b) In den Absätzen 1, 2, 3 und 4 wird das Wort „Stichprobenprüfung“ jeweils durch das Wort „Zufälligkeitsprüfung“ ersetzt.

27. § 308 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3, § 311 Abs. 2 und 4 sowie des § 312 Abs. 7 a und 7 b Satz 1 im Land Berlin nicht; der in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Teil des Landes Berlin gilt im Rahmen des § 312 Abs. 7 a und 7 b Satz 1 als zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 gehörig.“

28. Dem § 309 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt Satz 1 mit Wirkung vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 haben und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt sind, wenn sie nur wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 freiwillig versichert sind und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 nicht überschritten wird.“

29. § 310 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die erforderlichen Untersuchungen gemäß § 30 Abs. 2 Satz 2 und 3 gelten für den Zeitraum der Jahre 1989 bis 1991 als in Anspruch genommen.“

Artikel 2

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. In § 349 werden die Wörter „mit zwei Drittel Mehrheit“ gestrichen.

2. § 350 wird gestrichen.

3. In § 355 Abs. 2 werden die Wörter „der Vertreterversammlung“ durch die Wörter „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

4. In § 357 Abs. 1 werden die Wörter „der Vertreterversammlung“ durch die Wörter „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

5. § 414 b wird wie folgt geändert:

a) Die Wörter „der Vertreterversammlung“ werden durch die Wörter „des Verwaltungsrats“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 358 gilt entsprechend.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

1. In § 2 Nr. 2 wird der Strichpunkt nach dem Wort „(Anlagegüter)“ in Buchstabe b durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„c) die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses (Instandhaltung), wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden;“.

2. In § 9 Abs. 1 Nr. 2 wird der Punkt nach dem Wort „Jahren“ durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„3. für die Instandhaltung von Anlagegütern, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden.“

3. § 16 Satz 1 Nr. 5 wird wie folgt gefaßt:

„5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten einschließlich der förderungsfähigen Kosten der Instandhaltung von den pflegesatzfähigen Kosten sowie die nähere Bestimmung der in § 2 Nr. 2 Buchstabe c genannten Abgrenzungsmaßstäbe.“

Artikel 4

Änderung der Abgrenzungsverordnung

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

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Nummer 4 wie folgt gefaßt:

„4. die Kosten der Instandhaltung von Anlagegütern nach Maßgabe des § 4.“

b) In Absatz 2 wird Nummer 3 wie folgt gefaßt:

„3. die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern, soweit diese Kosten nicht zu den Instandhaltungskosten nach § 4 gehören.“

2. § 4 wird wie folgt gefaßt:

„§ 4

Instandhaltungskosten

Instandhaltungskosten sind die Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses, wenn dadurch

1. 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. a) in baulichen Einheiten
Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder

- b) Außenanlagen

nicht vollständig oder nicht überwiegend ersetzt werden (Verzeichnis III der Anlage); für die Beurteilung des überwiegenden Ersetzens sind Maßnahmen, die im Rahmen eines einheitlichen Vorhabens in einem Zeitraum bis zu drei Jahren durchgeführt werden, zusammenzurechnen.“

3. Verzeichnis III der Anlage wird wie folgt gefaßt:

„Im Sinne der Vorschrift des § 4 Nr. 2 über die Abgrenzung der Instandhaltungskosten sind

1. bauliche Einheiten zum Beispiel
Dach
Fassade
Geschoß
Treppenhaus,
2. Gebäudeteile zum Beispiel
Anstrich
Blitzschutzanlage
Beton- und Steinverkleidungen
Bodenbeläge
Einbaumöbel
Estrich
Fenster
Fliesen
Güter des Rohbaus wie Maurer- und Zimmerarbeiten
Rolläden
Tapeten
Türen,
3. betriebstechnische Anlagen und Einbauten zum Beispiel
Belüftungs-, Entlüftungs- und Klimaanlage
Druckluft-, Vakuum- und Sauerstoffanlagen
Fernsprechvermittlungsstellen
Behälterförderanlagen
Gasversorgungsanlagen
Heizungsanlagen
Sanitäre Installation
Schwachstromanlagen
Starkstromanlagen
Warmwasserversorgungsanlagen,

4. Außenanlagen zum Beispiel
Einfriedungen
Grünanlagen
Straßen-, Wege- und Platzbefestigungen
Versorgungs- und Entsorgungsanlagen.“

Artikel 5

Änderung der Schiedsamtverordnung

Die Schiedsamtverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden jeweils die Wörter „zwei Vertreter“ durch die Wörter „sieben Vertreter“ ersetzt.

- bb) In Satz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„die von der Körperschaft bestellt werden, die den Vertreter bestellt.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten mit; ist nur eine Kassenart betroffen, wirken der Vertreter dieser Kassenart und einer seiner Stellvertreter mit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können hiervon abweichende Regelungen vereinbaren. Reduziert sich die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so reduziert sich die Zahl der Vertreter der Ärzte (Zahnärzte) entsprechend.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.

- bb) In Satz 4 werden das Wort „Bundesverbänden“ durch das Wort „Spitzenverbänden“ ersetzt und die Wörter „und der Bundesknappschaft“ gestrichen.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Absatz 2 gilt entsprechend.“

- d) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je sieben Vertreter und sieben Stellvertreter vor. In diesem Fall entscheidet das Los darüber, wer von den als Vertreter Vorgeschlagenen als Vertreter und, soweit die Anzahl der als Stellvertreter Vorgeschlagenen die nach Absatz 1 erforderliche Anzahl überschreitet, wer als Stellvertreter bestellt ist.“

2. In § 3 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3 Satz 5“ durch die Angabe „§ 89 Abs. 3 Satz 6“ ersetzt.

3. Dem § 13 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Stellt keine der Vertragsparteien einen Antrag nach Satz 1, so beginnt das Schiedsamtverfahren mit dem bei dem Schiedsamt von der zuständigen Aufsichtsbehörde mit Wirkung für die Vertragsparteien gestellten Antrag.“

4. Dem § 19 wird folgender Satz angefügt:

„Die Entscheidung des Schiedsamtes über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs. 1 und § 85 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“

Artikel 6

Änderung des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern

Dem § 1 Abs. 1 des Artikels VIII des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (BGBl. I S. 1173), zuletzt geändert durch . . . , werden folgende Sätze angefügt:

„Bei den Krankenkassen und ihren Verbänden dürfen für dienstordnungsmäßig Angestellte die Obergrenzen für Beförderungssämter des § 26 Abs. 1 des Bundesbesoldungsgesetzes sowie der auf Grund des § 26 des Bundesbesoldungsgesetzes oder auf Grund entsprechender landesgesetzlicher Regelungen erlassenen Rechtsvorschriften nach Maßgabe sachgerechter Bewertung überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine Verschlechterung der Beförderungsverhältnisse zu vermeiden, die auf der Schließung des Dienstordnungssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 358 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels 5 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) beruht. Dies gilt entsprechend für die Obergrenzen nach der Fußnote 3 zur Besoldungsgruppe A 9 und der Fußnote 11 zur Besoldungsgruppe A 13 der Bundesbesoldungsordnung A.“

Artikel 7

Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes

§ 10 des Lohnfortzahlungsgesetzes vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Ortskrankenkassen“ die Wörter „, die Betriebskrankenkassen“ eingefügt.

2. Dem Absatz 3 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Die Spitzenverbände der in Absatz 1 Satz 1 genannten Krankenkassen regeln gemeinsam und einheitlich das Verfahren zur Bestimmung der nach Satz 1 zuständigen Krankenkasse; § 213 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt mit der Maßgabe, daß die Beschlußfassung durch je einen Vertreter der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse erfolgt.“

Artikel 8

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 4 und 5 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 9

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am . . . in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 tritt Artikel 1 Nr. 1, 4 und 9 in Kraft.

(3) Mit Wirkung vom 1. Januar 1994 treten Artikel 1 Nr. 24, Artikel 3 und 4 in Kraft.

(4) Am 1. Januar 1996 treten Artikel 1 Nr. 20 und 23 sowie Artikel 2 Nr. 3, 4 und 5 Buchstabe a in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangssituation

Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 hat in Artikel 5 Nr. 1 das beamtenähnliche System der Dienstordnungsanstellung bei den Krankenkassen ab dem 1. Januar 1993 in der Weise abgeschafft, daß grundsätzlich keine neuen Dienstordnungsverträge mit Angestellten abgeschlossen werden dürfen. Der Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages hat bereits in den Beratungen zum Gesundheitsstrukturgesetz die Auffassung geäußert, daß der Übergang vom Dienstordnungssystem zu rein privatrechtlichen Dienstverhältnissen Folgeregelungen erfordere, um Nachteile für verbleibende DO-Angestellte zu vermeiden (vgl. BT-Drucksache 12/3937, S. 9). Diese Folgeregelungen enthält der vorliegende Gesetzentwurf. Darüber hinaus enthält er notwendige Korrekturen des Gesundheitsstrukturgesetzes, die vor allem redaktioneller und klarstellender Art sind, und präzisiert die gesetzliche Ermächtigung für die Abgrenzungsverordnung im Krankenhausfinanzierungsgesetz.

II. Wesentliche Regelungen

1. Dienstrecht

Die Dienstordnungen regeln bei zahlreichen Krankenkassen (insbesondere Orts- und Innungskrankenkassen) und anderen Sozialversicherungsträgern sowie ihren Verbänden die Dienstverhältnisse derjenigen Angestellten, die diesen Dienstordnungen unterworfen sind. Die Dienstordnungen sind von der Selbstverwaltung der Krankenkassen nach gesetzlichen Vorgaben geschaffenes Recht. Der Dienstordnungsangestellte ist grundsätzlich zwar Angestellter im privatrechtlichen Sinne, allerdings verweisen sowohl die Dienstordnung als auch das mit diesem Gesetz zu ändernde Zweite Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuordnung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern (2. BesVNG) auf die Regelungen des Beamtenrechts. Tatsächlich handelt es sich also um einen Angestellten, für den wesentliche Vorschriften des Beamtenrechts gelten. Dieses jahrzehntealte, historisch gewachsene Dienstordnungsrecht entspricht dem bisherigen vom Bild einer Behörde ausgehenden Handeln der Krankenversicherung. Es ist hingegen kein geeignetes personalpolitisches Instrument, um die Aufgaben einer wettbewerbsorientierten Krankenversicherung zu bewältigen (vgl. hierzu Begründung zum interfraktionellen Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes, BT-Drucksache 12/3608, S. 129). Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander erfordert ein wirtschaftlich ausgerichtetes, dienstleistungsorientiertes Leistungsverhalten.

Der vorliegende Entwurf schafft die Voraussetzungen, daß DO-Angestellte infolge der Schließung des DO-Systems in ihren Entwicklungsmöglichkeiten nicht benachteiligt werden.

2. Sonstige Regelungen

Neben den Vorschriften zum Dienstrecht enthält der Gesetzentwurf redaktionelle und klarstellende Korrekturen im Anschluß an das Gesundheitsstrukturgesetz. Hervorzuheben sind folgende Änderungen:

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat die Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner zum Schutz der Solidargemeinschaft verändert. Der Gesetzentwurf enthält hierzu Folgeregelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch zur Klarstellung des Versichertenstatus und Ausnahmen für freiwillig Versicherte, die in ihrer sozialen Schutzbedürftigkeit mit Pflichtmitgliedern vergleichbar sind. Außerdem werden bestehende Kassenwahlmöglichkeiten für Mitglieder, die in den alten Ländern wohnen und in den neuen Ländern beschäftigt sind, ab 1995 auf Mitglieder im Ostteil Berlins ausgeweitet.

Die Vorschriften über die Veränderung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen werden in einzelnen Punkten konkretisiert.

Die Änderungen des Bundesvertriebenengesetzes zum 1. Januar 1993 werden für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wird die gesetzliche Ermächtigung für die Abgrenzungsverordnung im Hinblick auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Abgrenzung der förderungsfähigen Instandhaltungskosten von den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten der Krankenhäuser präzisiert.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5 Abs. 1 Nr. 11)

Auf Grund der gesetzlichen Ermächtigung in § 891 a der Reichsversicherungsordnung gewährt die Seemannskasse Versicherten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und aus der Seefahrt ausgeschieden sind, ein Überbrückungsgeld bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder der Altersrente erfüllt sind. Da die Gewährung des Überbrückungsgeldes keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet, müssen sich die Empfänger dieser Leistung für die Dauer

des Bezugs freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern. Infolgedessen können sie die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner als Pflichtversicherte in der Regel nicht erfüllen. Da das Überbrückungsgeld eine dem Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus vergleichbare und auf gesetzlicher Grundlage gewährte Leistung ist, ist aus Gründen der Gleichbehandlung eine Gleichstellung der Empfänger von Überbrückungsgeld mit den Beziehern von Anpassungsgeld geboten.

Zu Nummer 2 (§ 13 Abs. 4)

Redaktionelle Berichtigung; offenkundig wollte der Gesetzgeber in dem neuen Absatz 4 auf die vergleichbaren Fälle der selbstbeschafften Leistungen nach Absatz 3 (vor 1993: Absatz 2) Bezug nehmen, da sowohl in den Fällen des Absatzes 3 wie denen des Absatzes 4 nicht zugelassene Leistungserbringer tätig geworden sind. Die in Absatz 2 geregelte Wahl der Kostenerstattung dagegen steht in keinem erkennbaren Sachzusammenhang mit der Erbringung von Leistungen durch nicht zugelassene Ärzte, die ihren kollektiven Verzicht auf ihre Zulassung erklärt hatten.

Zu Nummer 3 (§ 19 Abs. 2)

Die Neuregelung stellt klar, daß Leistungsansprüche nach dieser Vorschrift Vorrang vor den Leistungsansprüchen im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 haben. Die Regelung entspricht der bisherigen Praxis der Krankenkassen. Die Klarstellung ist erforderlich, um Rechtsunsicherheiten bei der Berücksichtigung von Versicherungszeiten im Risikostrukturausgleich nach § 266 auszuschließen. Anspruchszeiten nach § 19 Abs. 2 sind im Risikostrukturausgleich nicht als Versicherungszeiten zu berücksichtigen (§ 1 RSAV).

Zu Nummer 4 (§ 27 Abs. 2)

Die Vorschrift wird an die Neuregelung angepaßt, die das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1993 hinsichtlich des Vertriebenenstatus im Bundesvertriebenengesetz vorgenommen hat. Hiermit wird erreicht, daß die leistungsrechtliche Wartefrist, die nach der bisherigen Fassung nur für die Altfälle nach dem Bundesvertriebenengesetz galt, auch für die Neufälle (Spätaussiedler) und deren engere Familienangehörigen gilt.

Im übrigen werden Unklarheiten beseitigt, die sich bei der Anwendung der bisherigen Gesetzesfassung ergeben haben. Die Voraussetzung „mit Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt“ mußte gestrichen werden, da solche asylsuchenden Ausländer, Vertriebenen sowie Spätaussiedler und ihre Ehegatten und Abkömmlinge in aller Regel nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und die Vorschrift ansonsten ins Leere gelaufen wäre. Die Wartefrist endet nicht mehr, wie im Gesundheits-

strukturgesetz vorgesehen, mit der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit, sondern mit der Inanspruchnahme. Hierdurch werden Auslegungsschwierigkeiten beseitigt.

Zu Nummer 5 (§ 31 Abs. 3 und 4)

Redaktionelle Anpassung des Gesetzeswortlauts an die durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1994 geschaffene Rechtslage.

Zu Nummer 6 (§ 32 Abs. 2)

Redaktionelle Berichtigung

Zu Nummer 7 (§ 40 Abs. 1)

Redaktionelle Berichtigung

Zu Nummer 8 (§ 41 Abs. 1)

Redaktionelle Berichtigung

Zu Nummer 9 (§ 54 Abs. 1)

Die Vorschrift wird an die Neuregelungen angepaßt, die das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1993 hinsichtlich des Vertriebenenstatus im Bundesvertriebenengesetz vorgenommen hat. Damit wird sichergestellt, daß auch bei den Spätaussiedlern und ihren engeren Familienangehörigen die Eingliederung erleichtert wird und die durch die Spätaussiedlung bedingten Nachteile gemildert werden.

Zu Nummer 10 (§ 60 Abs. 3)

Redaktionelle Berichtigung

Zu Nummer 11 (§ 73)

Redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Nummer 12 (§ 84 Abs. 1)

Redaktionelle Berichtigung; offenkundig sollte auf Artikel 29 des Gesundheitsstrukturgesetzes, der das Arznei- und Heilmittelbudget für 1993 regelt, Bezug genommen werden.

Zu Nummer 13 (§ 85)**Zu Buchstabe a**

Die Anpassung der Vergütung für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten) soll für die darin enthaltenen Materialkosten- und Personalkostenanteile in unterschiedlicher Höhe erfolgen. Die Anpassung des Materialkostenanteils (ca. zwei Drittel) erfolgt entsprechend der für die Preisentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln geltenden Regelung in den alten Bundesländern, d. h. maximal bis zur Höhe der Steigerung der Grundlohnsumme (West). Die Anpassung des Personalkostenanteils (ca. ein Drittel) erfolgt entsprechend der Entwicklung der Grundlohnsumme in den neuen Bundesländern.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, geltende Budgetvereinbarungen zu korrigieren, um einer durch außergewöhnliche Ereignisse bedingten Steigerung des Bedarfs an vertragsärztlichen Leistungen Rechnung zu tragen (vgl. auch die Parallelregelung in § 84 Abs. 6 für das Arznei- und Heilmittelbudget).

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Nummer 14 (§ 88 Abs. 3)

Redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Nummer 15 (§ 95)

Der letzte Satz des § 95 Abs. 7 ist durch das Gesundheitsstrukturgesetz gegenstandslos geworden. § 95 Abs. 7 regelt das Ende der Zulassung. Der Verweis im letzten Satz auf die Bundesmantelverträge ergibt keinen Sinn. Der letzte Satz muß deshalb gestrichen werden.

Zu Nummer 16 (§ 97 Abs. 3)

Die Verweisung auf § 84 Abs. 1 SGG, nach der der Widerspruch bei der Stelle einzureichen ist, die den Verwaltungsakt erlassen hat, steht im Widerspruch zu § 96 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 41 Abs. 4 und § 44 der Zulassungsverordnung für Ärzte/Zahnärzte, nach der die Berufung gegen den Beschluß des Zulassungsausschusses bei der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses einzulegen ist. Die Verweisung ist daher zu streichen.

Die Verweisung in § 97 Abs. 3 Satz 1 auf § 85 Abs. 3 SGG ist überflüssig. Die Anwendbarkeit des § 85

Abs. 3 SGG ergibt sich bereits aus der allgemeinen Verweisung auf die Vorschriften des SGG in § 62 SGB X in Verbindung mit § 51 Abs. 2 Nr. 2 SGG.

Zu Nummer 17 (§ 103 Abs. 2)

Durch die Vereinheitlichung des Zulassungsrechts auf Grund des Gesundheitsstrukturgesetzes ist der Hinweis auf die Besonderheiten bei den Kassenarten gegenstandslos geworden.

Zu Nummer 18 (§ 127 Abs. 2)

Die Anpassung nichtärztlicher Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, erfolgt entsprechend den Regelungen zur Anpassung der Leistungsvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Zu Nummer 19 (§ 145 Abs. 2)

Es handelt sich um die Beseitigung eines redaktionellen Fehlers, der dadurch entstanden ist, daß Satz 2 unmittelbar an Satz 1 Nr. 2 angefügt wurde, obwohl sich Satz 2 auf den gesamten Absatz bezieht. Der Inhalt der Vorschrift wird hierdurch nicht verändert.

Zu Nummer 20 (§ 186)

Folgeänderung zur Änderung des § 232.

Zu Nummer 21 (§ 190 Abs. 9)

Die Neuregelung senkt den bisher erheblichen Verwaltungsaufwand für Hochschulverwaltungen und Krankenkassen bei dem Meldeverfahren in der Krankenversicherung der Studenten auf das erforderliche Mindestmaß, ohne den Krankenversicherungsschutz der Studenten unzumutbar zu gefährden. Sie gewährleistet, daß der Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten immer einen Monat nach Ende eines Semesters liegt. Im Gegensatz zum bisherigen Recht endet der Krankenversicherungsschutz nicht mehr mit dem Zeitpunkt einer vor Semesterende erfolgenden Exmatrikulation. § 19 Abs. 2 SGB V, der den Schutz gegebenenfalls um weitere vier Wochen verlängert, gilt.

Durch die Beachtung der Rückmeldefristen, die für das kommende Semester schon während des laufenden Semesters wahrzunehmen sind, sichert der Student die lückenlose Weiterführung seines Versicherungsschutzes, sofern die in § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Zu Nummer 22 (§ 200)

Zu Buchstabe a

Die Änderung versetzt die Hochschulen in die Lage, den Krankenkassen die für die Durchführung der Versicherung erforderlichen Daten nicht nur für versicherungspflichtige, sondern auch für familienversicherte und freiwillig versicherte Studenten zu melden. Sie führt zu einer erheblichen Verwaltungsvereinfachung, weil sie einerseits den Hochschulen eine unterschiedliche Erfassung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Studenten erspart und andererseits den Krankenkassen Feststellungen zur Beendigung der Familienversicherung erleichtert (§ 5 Abs. 7 SGB V: Vorrang der Familienversicherung vor der Versicherungspflicht als Student). Außerdem können die Krankenkassen wirkungsvoller als bisher gegen Mißbrauch im Zusammenhang mit den günstigen Beitragsregelungen, z. B. für Werksstudenten und für freiwillig Versicherte, vorgehen, weil sie durch die Meldungen seitens der Hochschulen wissen, ob der für die günstigen Beitragseinstufungen notwendige Studentenstatus überhaupt noch vorliegt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung

Zu Nummer 23 (§ 232)

Die Definition der unständigen Beschäftigung war bisher in § 179 Abs. 2 SGB V geregelt, der durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung vom 1. Januar 1996 an gestrichen worden ist. Da die Definition aus beitragsrechtlichen Gründen weiter erforderlich ist, wird sie im Achten Kapitel in den Abschnitt über die Beiträge eingefügt.

Zu Nummer 24 (Überschrift vor § 268)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 141 des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Nummer 25 (§ 269 Abs. 1)

Redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Zu Nummer 26 (§ 297)

Redaktionelle Anpassung an die Begriffsdefinition in der Überschrift zu der Vorschrift und in dem in Bezug genommenen § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

Zu Nummer 27 (§ 308 Abs. 3)

Mit der Einfügung des § 312 Abs. 7a und 7b in die Bestimmung soll sichergestellt werden, daß in das Krankenkassenwahlrecht des dort genannten Personenkreises — mit Wohnsitz in den alten Ländern und Beschäftigungsverhältnis in den neuen Ländern — auch die Bewohner des Ostteils Berlins einbezogen werden. Dies ist folgerichtig, da nach dem Gesundheitsstrukturgesetz Berlin insgesamt vom 1. Januar 1995 an in den Krankenversicherungsrechtskreis West einbezogen wird.

Zu Nummer 28 (§ 309 Abs. 5)

Bei dem von der Änderung betroffenen Personenkreis handelt es sich um Personen, die in den alten Ländern wohnen, dort versichert sind und in den neuen Ländern eine Beschäftigung ausüben. Auch wenn diese Personen die Versicherungspflichtgrenze West nicht überschreiten, sind sie freiwillig versichert, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze Ost übersteigt. Diese Personen können deshalb nur geringere Pflichtversicherungszeiten nachweisen als vergleichbare Personen, die in den alten Ländern mit gleichem Arbeitsentgelt beschäftigt und bei derselben Krankenkasse versichert sind. Der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner, der durch die Neuregelung des Gesundheitsstrukturgesetzes Vorversicherungszeiten als Pflichtmitglied voraussetzt, wird für den betroffenen Personenkreis erschwert. Mit dieser Bestimmung sollen die betroffenen Personen bei der Berücksichtigung ihrer Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner mit Versicherten gleichgestellt werden, die auf Grund ihrer Beschäftigung in den alten Ländern mit gleich hohem Arbeitsentgelt versicherungspflichtig sind.

Zu Nummer 29 (§ 310 Abs. 3)

Redaktionelle Berichtigung; § 30 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes enthält einen Absatz 7 nicht mehr. Sein Inhalt ist in § 30 Abs. 3 Satz 3 übernommen worden.

Zu Artikel 2 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Zu Nummer 1 (§ 349)

Bei der Besetzung von DO-Stellen entfällt das Erfordernis der Zweidrittelmehrheit. Hierdurch wird eine Gleichstellung mit den Tarifangestellten erreicht.

Zu Nummer 2 (§ 350)

Eine Regelung von Einzelheiten zur Besetzung von DO-Stellen ist nach der Schließung des DO-Systems ab 1. Januar 1993 nicht mehr angezeigt.

Zu den Nummern 3 und 4 (§§ 355 und 357)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung der neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen ab 1. Januar 1996 (§ 31 Abs. 3 a SGB IV).

Zu Nummer 5 (§ 414 b)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung der neuen Selbstverwaltung bei den Krankenkassen ab 1. Januar 1996 (§ 31 Abs. 3 a SGB IV).

Zu Buchstabe b

Satz 3 ist als Ergänzung des § 414 b RVO erforderlich. Er stellt klar, daß auch bei den Landes- und Bundesverbänden der Krankenkassen keine neuen Angestelltenverhältnisse begründet werden können, die der Dienstordnung unterliegen (Schließung des DO-Systems). Die in Artikel 5 Nr. 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes geregelte Änderung des § 413 Abs. 2 RVO genügt nicht, da diese Vorschrift lediglich einen Kassenverband, nicht hingegen die Landes- und Bundesverbände betrifft.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu den Nummern 1 bis 3 (§§ 2, 9 und 16)**

§ 4 Nr. 2 Buchstabe a und b der auf Grund des § 16 Satz 1 Nr. 5 KHG ergangenen Abgrenzungsverordnung (AbgrV) vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255) enthält eine Zuordnung des Erhaltungs- und Wiederherstellungsaufwandes von Krankenhäusern zu den pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen nicht vollständig oder nicht überwiegend ersetzt werden. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, handelt es sich um Maßnahmen, die durch Fördermittel der Länder zu finanzieren sind. Die Regelung knüpft an den Begriff der Instandhaltungskosten in § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) an, wonach zu den pflegesatzfähigen Kosten „die Kosten für die Instandhaltung der Wirtschaftsgüter des Krankenhauses nach Maßgabe der Abgrenzungsverordnung“ gehören.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 21. Januar 1993 (3 C 66.90) festgestellt, daß § 4 Nr. 2 Buchstabe a AbgrV von der Ermächtigungsnorm des § 16 Satz 1 Nr. 5 KHG nicht gedeckt ist. In der Urteilsbegründung ist ausgeführt, der Verordnungsgeber sei zu keiner näheren Abgrenzung ermächtigt, die den gesetzlichen Investitionskostenbegriff des KHG erweitere und gleichzeitig den Begriff der pflegesatzfähigen Kosten einschränke.

Durch die Neuregelung wird die beim Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1. Januar 1993 bestehende langjährige Förderpraxis der Länder auf eine sichere Rechtsgrundlage gestellt.

Es wird klargestellt, daß ein Teil der Instandhaltungskosten als Investitionskosten gefördert wird (§ 2 Nr. 2 Buchstabe c — neu — i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 3 — neu); wenn nunmehr zu den Investitionskosten ausdrücklich auch Instandhaltungskosten nach Maßgabe von § 2 Nr. 2 Buchstabe c — neu — gehören, bedeutet dies zugleich, daß sich die alle Investitionskosten umfassende Förderpflicht des Landes gemäß §§ 8, 9 Abs. 1 auch auf diesen Tatbestand bezieht. Die nähere Abgrenzung wird auf dieser gesetzlichen Grundlage weiterhin in der Abgrenzungsverordnung geregelt (s. Artikel 4). Insbesondere wird klargestellt, daß die Verordnungsermächtigung des § 16 Satz 1 Nr. 5 KHG über die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 KHG bezeichneten Kosten (insbesondere der Investitionskosten nach § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG) von den pflegesatzfähigen Kosten auch die Zuordnung von Kosten zu den Instandhaltungskosten (förderungsfähige Kosten oder pflegesatzfähige Kosten) umfaßt.

Die bereits mit der ersten Abgrenzungsverordnung von 1977 erfolgte und durch die Abgrenzungsverordnung von 1985 mit Zustimmung des Bundesrates modifizierte Zuordnung bestimmter Instandhaltungskosten zu den von den Ländern zu fördernden Investitionskosten war auch gemeinsame Grundlage von Bundestag und Bundesrat bei der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993: Während der Budgetierungsphase von 1993 bis 1995 sollte eine Verlagerung von Kosten aus dem Förderbereich der Länder in den Bereich der GKV nicht erfolgen.

Im Hinblick auf das Ziel, stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten, kommt nicht in Betracht, die Instandhaltungskosten insgesamt als pflegesatzfähige Kosten einzustufen (zusätzliche jährliche Mehrkosten in Höhe von 300 bis 500 Mio. DM). Dies wäre nur bei einer — gegenwärtig nicht ersichtlichen — gleichzeitigen Kompensation zugunsten der GKV im Hinblick auf die mit der Einbeziehung in die Pflegesätze verbundene Entlastung der Länder denkbar. Insoweit ist die Entschließung des Deutschen Bundestages vom 9. Dezember 1992 zur Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems von Bedeutung. Danach soll das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System ersetzt werden, allerdings belastungsneutral und mit einer Neuordnung der Planungskompetenz verbunden. An diesem Ziel und den genannten Voraussetzungen wird unverändert festgehalten.

Zu Artikel 4 (Änderung der Abgrenzungsverordnung)

Die nunmehr infolge der Änderung gemäß Artikel 3 von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in vollem Umfang abgedeckte Abgrenzungsverordnung wird teilweise erneut erlassen, um insgesamt rechtliche Geltung zu erlangen.

Zu Artikel 5 (Änderung der Schiedsamtverordnung)**Zu Nummer 1 (§ 1)****Zu Buchstabe a**

Folgeänderung auf Grund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten § 89 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Danach sind neben den Landesverbänden nun auch die Verbände der Ersatzkassen im Landesschiedsamt vertreten, so daß dem Landesschiedsamt ein Vertreter jeder der sieben Kassenarten angehört.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung auf Grund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten § 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V, der bestimmt, daß bei Entscheidungen über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, nur Vertreter der betroffenen Kassenarten mitwirken.

In Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz wird für den Fall, daß von einem Vertrag nur eine Kassenart betroffen ist, bestimmt, daß sich die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse und der Ärzte (Zahnärzte) auf jeweils zwei erhöht, damit die Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen von den unparteiischen Mitgliedern im Schiedsamt nicht überstimmt werden können.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung auf Grund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten § 89 Abs. 4 SGB V. Danach sind die Verbände der Ersatzkassen auch im Bundesschiedsamt vertreten.

Zu Buchstabe d

Durch Absatz 4 Satz 2 wird die in Absatz 4 Satz 1 für den Fall geregelte Konfliktlösung, daß mehrere Kassenärztliche (Kassenzahnärztliche) Vereinigungen sich auf ihre Vertreter nicht einigen können, an die auf sieben erhöhte Anzahl der Vertreter angepaßt. Satz 3 trägt dem Umstand Rechnung, daß in einigen Ländern mehr als zwei Kassenärztliche Vereinigungen Vertreter in ein Landesschiedsamt entsenden.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Folgeänderung auf Grund der durch das Gesundheitsstrukturgesetz geänderten Bezugsnorm in § 89 Abs. 3 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 13 Abs. 1)

Folgeänderung auf Grund des mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingefügten § 89 Abs. 1 a SGB V, der bestimmt, daß die zuständigen Aufsichtsbehörden das Schiedsamt mit Wirkung für die Parteien anrufen können.

Zu Nummer 4 (§ 19)

Folgeänderung auf Grund des mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingefügten § 89 Abs. 5 Satz 4 SGB V.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zweiten Gesetzes zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern)

Infolge der Schließung des DO-Systems in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 358 RVO durch Artikel 5 des Gesundheitsstrukturgesetzes sind Regelungen erforderlich, um Verschlechterungen der Beförderungsmöglichkeiten für die verbleibenden DO-Angestellten, insbesondere im Hinblick auf die zu erwartende Entwicklung in der Krankenversicherung, zu vermeiden.

Grundsätzlich richten sich die Beförderungsmöglichkeiten für DO-Angestellte nach dem sogenannten DO-Stellenplan, der Bestandteil der Dienstordnung ist und im übrigen den beamtenrechtlichen Vorschriften unterliegt. Die Zahl der Stellen im DO-Stellenplan baut auf der Mitgliederzahl der betreffenden Krankenkasse auf. Die Aufteilung der Stellen auf die einzelnen Besoldungsgruppen erfolgt nach sachgerechter Bewertung und unter Beachtung der beamtenrechtlichen Vorgaben bei den Obergrenzen für die jeweiligen Beförderungssämter (prozentualer Anteil der jeweiligen Beförderungssämter in den einzelnen Laufbahngruppen).

Um Verschlechterungen für die DO-Angestellten bei den Beförderungsmöglichkeiten infolge der Schließung des DO-Systems zu vermeiden, dürfen die Obergrenzen für Beförderungssämter nach Maßgabe sachgerechter Bewertung im Einzelfall überschritten werden.

Diese Überschreitung wird auch für die Obergrenzen nach Fußnote 3 zur Besoldungsgruppe A 9 (bis zu 30 vom Hundert der nach A 9 ausgewiesenen Stellen können nach Maßgabe sachgerechter Bewertung mit einer Amtszulage ausgestattet werden) und Fußnote 11 zur Besoldungsgruppe A 13 (bis zu 20 vom Hundert der für technische Beamte ausgebrachten Stellen der Besoldungsgruppe A 13 können nach Maßgabe sachgerechter Bewertung mit einer Amtszulage ausgestattet werden) der Bundesbesoldungsordnung A zugelassen.

Ungeachtet einer sich reduzierenden Zahl der DO-Angestellten bleiben deren Beförderungsmöglichkeiten somit uneingeschränkt erhalten.

Zu Artikel 7 (Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes)

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes kommt es zwischen den beteiligten Krankenkassen vermehrt zu Streitigkeiten, welche Krankenkasse den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen durchführt. Die Veränderung der Kassenwahlrechte zum 1. Januar 1993 führt dazu, daß die Arbeiter von Kleinbetrieben im Bereich der Innungskrankenkassen nicht nur bei einer Innungskrankenkasse, sondern auch bei einer anderen Krankenkasse versichert sein können.

Insbesondere in den neuen Bundesländern kommt es vermehrt dazu, daß sich Kleinbetriebe von einem größeren Unternehmen abspalten und die Arbeiter des Kleinbetriebes weiterhin bei der Betriebskrankenkasse des größeren Unternehmens versichert bleiben. Nach der bisherigen Rechtslage sind die Betriebskrankenkassen nicht zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens nach den §§ 10ff. befugt.

Die vorgesehene Änderung des § 10 stellt sicher, daß lediglich eine der beteiligten Krankenkassen für den Ausgleich nach dem Lohnfortzahlungsgesetz zuständig ist. Die Neuregelung trägt der Tatsache Rechnung, daß es sich beim Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen um eine Arbeitgeberversicherung und nicht um eine Versicherung des einzelnen Arbeitnehmers handelt.

Zu Artikel 8 (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.

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)**Zu Absatz 2**

Die Notwendigkeit des Inkrafttretens von Artikel 1 Nr. 1, 4 und 9 zum 1. Januar 1993 ergibt sich aus der Regelung in Artikel 1 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes, die ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft getreten ist, und aus den Neuregelungen des Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes mit Wirkung vom 1. Januar 1993.

Zu Absatz 3

Die Notwendigkeit des Inkrafttretens von Artikel 1 Nr. 24 zum 1. Januar 1994 ergibt sich aus der Regelung

in Artikel 1 Nr. 141 des Gesundheitsstrukturgesetzes, die ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt.

Die Artikel 3 und 4 sollen zum 1. Januar 1994 in Kraft treten, um die nötige Rechtsklarheit frühzeitig herzustellen.

Zu Absatz 4

Die Notwendigkeit des Inkrafttretens von Artikel 1 Nr. 20 und 23 zum 1. Januar 1996 ergibt sich aus der Regelung in Artikel 1 Nr. 116 des Gesundheitsstrukturgesetzes, die ebenfalls zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt.

Bei Artikel 2 Nr. 3, 4 und 5 Buchstabe a handelt es sich um Folge Regelungen zu dem am 1. Januar 1996 in Kraft tretenden § 31 Abs. 3a SGB IV (Neuorganisation der Selbstverwaltung).

C. Finanzielle Auswirkungen**I. Finanzielle Auswirkung für die gesetzliche Krankenversicherung**

Unmittelbare finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen und ihre Beitragssätze sind nicht zu erwarten.

II. Finanzielle Auswirkungen bei den öffentlichen Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern

Der dienstrechtliche Teil des Gesetzes hat keine finanziellen Auswirkungen auf Bund, Länder und Gemeinden und die übrigen Sozialversicherungsträger. Die übrigen Vorschriften des Gesetzes stellen redaktionelle und klarstellende Korrekturen im Anschluß an das Gesundheitsstrukturgesetz dar, die keine finanziellen Auswirkungen erwarten lassen. Die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes präzisiert die bisherige Finanzierungsregelung. Mehrkosten entstehen im Verhältnis zur jahrelangen Förderpraxis nicht.

D. Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf Einzelpreise, das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten, da keine zusätzlichen kostenmäßigen Belastungen für die betroffenen Wirtschaftskreise von den Gesetzesregelungen ausgehen.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

1. Vor Artikel 1 (§ 35a Abs. 6)

Zu Artikel 9 Abs. 4

Vor Artikel 1 ist folgender Artikel 01 einzufügen:

„Artikel 01

Änderung 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 § 35a 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 1. Januar 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 ist in Artikel 9 Abs. 4 nach der Angabe „am 1. Januar 1996 treten“ die Angabe „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 § 35a 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 § 35a Abs. 6 würde diesen Geschäftsführern eine Chance für die Wahl zum Mitglied des Vorstandes eingeräumt. Die vorgeschlagene zeitliche Befristung (Befähigungserwerb vor dem 1. Januar 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.

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

Dort wird § 35a Abs. 6 SGB IV ergänzt. Da die Regelung des § 35a SGB IV insgesamt erst am 1. Januar 1996 in Kraft tritt, muß dies auch für die Ergänzung gelten.

2. Vor Artikel 1 (§ 35a Abs. 8 — neu —)

Vor Artikel 1 ist folgender Artikel 02 einzufügen:

„Artikel 02

Änderung 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 § 35a wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Geschäftsführer der Krankenkassen, die zum 1. Januar 1996 nicht in den Vorstand gewählt werden, werden zum 31. Dezember 1995 vom Amt des Geschäftsführers entbunden. Einer Amtsbindung nach § 59 Abs. 2 SGB IV bedarf es nicht.“

Begründung

Nach § 35a SGB IV werden die Krankenkassen vom 1. Januar 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.

3. Zu Artikel 1

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, entsprechend der Beschlußempfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen 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.

4. Zu Artikel 1 Nr. 1 a — neu — (§ 10 Abs. 1 Nr. 3)

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

„1a. § 10 Abs. 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 bestehenbleibt, 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.

5. Zu Artikel 1 Nr. 6 a — neu — (§ 37 Abs. 1)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 6 a 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 Gesetztextes, 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 anderenfalls aufsichtsbehördlich gegen die bestehenden Verträge und die Krankenkassen vorgegangen werden müßte.

6. Zu Artikel 1 Nr. 8 a — neu — (§ 45 Abs. 1 Satz 1)

In Artikel 1 ist folgende Nummer 8 a 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. 3b 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.

7. Zu Artikel 1 Nr. 10 a — neu — (§ 64)

In Artikel 1 ist nach Nummer 10 folgende Nummer 10 a 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 um so 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.

8. Zu Artikel 1 Nr. 17a — neu — und 17b — neu —
(§ 118 Abs. 1, § 120 Abs. 2 Satz 1)

In Artikel 1 sind die folgenden 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 den §§ 118 und 119 werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.“

Begründung

Zu Nummer 17a

Nach der geltenden Fassung des § 118 Abs. 1 SGB V ist die Teilnahmeberechtigung 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 Nummer 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.

9. Zu Artikel 1 Nr. 17c — neu — und 17d — neu —
(§§ 118a — neu —, 120 Abs. 1 Satz 1)

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 die folgenden Nummern 17c und 17d eingefügt:

„17c. Nach § 118 wird folgender § 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.“

17d. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Polikliniken“ die Wörter „, Pflege- und Behinderteneinrichtungen“ eingefügt.“

10. Zu Artikel 1 Nr. 23a — neu — (§ 247), Artikel 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. Juni 1995 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium 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 das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt vorbehaltlich Satz 1 vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

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

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

Begründung

Mit Wirkung vom 1. Januar 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. Artikel 34 §§ 1 und 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 vom Hundert) 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 Versicherten-Gruppe 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 vom Hundert aller GKV-Versicherten), wie sie Absatz 1 vorsieht.

Nach Absatz 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 gemäß Absatz 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. Januar 1995 (mit Übergangsregelung) in Kraft treten.

11. **Zu Artikel 1 Nr. 23 b — neu —** (§ 255 Abs. 3 — neu — und 4 — neu —),

Artikel 9 Abs. 3 b — neu —

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

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

„(3) Die Beiträge nach den Absätzen 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. Das Bundesministerium 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 den Absätzen 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 Risikostruktur-

ausgleich (§ 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. 23 b in Kraft.“

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 Absatz 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. Januar 1995 (mit Übergangsregelung) in Kraft treten.

12. Zu Artikel 1 Nr. 23 c — neu — (§ 263 a — neu —)

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

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

„§ 263 a

Verwaltungsausgabenobergrenze

(1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets dürfen sich ab 1. Januar 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 vom Hundert 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 gemäß § 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 vom Hundert 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.

(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. August 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 vom Hundert erhöhten durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen zugrunde gelegt 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.

Nach Absatz 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 vom Hundert 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 gleich-

zeitig 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 fünf 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.

Absatz 2 sieht eine Parallelvorschrift für die neuen Länder vor.

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

Die Regelung des Absatzes 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 Absatz 1 sind den Krankenkassen die Spielräume gegeben, sich den mit der Wahlfreiheit ab 1996 verbundenen Herausforderungen stellen zu können.

13. Zu Artikel 1 Nr. 25 a — neu — (§ 274 Abs. 2 Satz 1)

In Artikel 1 ist nach Nummer 25 folgende Nummer 25 a einzufügen:

„25a. § 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 1. Januar 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.

14. Zu Artikel 1 Nr. 25 b — neu — (§ 279 Abs. 2, 6), Artikel 1 a — neu — (§ 279 Abs. 2 Satz 1 und 2), Artikel 9 Abs. 4 (Artikel 1 a — neu —)

a) In Artikel 1 ist nach Nummer 25 a — neu — folgende Nummer 25 b einzufügen:

„25b. § 279 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Verwaltungsrat wird von den Vertreterversammlungen der Mitglieder grundsätzlich auf die Dauer von sechs 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 neugewählte Verwaltungsrat tritt spätestens drei Monate nach der Wahl aller Vertreter zusammen. Die gewählten Vertreter werden Mitglieder des Verwaltungsrates an dem Tage, an dem die erste 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, 5 Buchstabe b und c und Nr. 6 Buchstabe 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,“.

b) Es ist folgender Artikel 1 a einzufügen:

„Artikel 1 a

Zweite Änderung des SGB V

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, 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 sechs 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 ist nach der Angabe „Artikel 1 Nr. 20 und 23“ die Angabe „Artikel 1 a“ 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 werden die notwendige Klarstellung und eine dauerhafte Angleichung der Wahlperioden erreicht.

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

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

In Artikel 1 Nr. 27 sind in § 308 Abs. 3 Satz 3 die Wörter „sowie des“ durch ein Komma zu ersetzen und nach der Angabe „und 7 b Satz 1“ die Angabe „sowie des § 313 Abs. 6“ einzufügen.

Begründung

Die Regelung des § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V führt dazu, daß ab 1. Januar 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 erster Halbsatz um

die Bestimmung des § 313 Abs. 6 SGB V sicherzustellen, daß im Ostteil Berlins über den 31. Dezember 1994 hinaus in allen Sozialversicherungszweigen die bisherige Geringverdienergrenze einheitlich weitergilt.

**16. Zu Artikel 1 Nr. 30 — neu — (§ 311 Abs. 4 Buchstabe c),
Artikel 9 Abs. 2 (Artikel 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 1. Januar 1993 durchgeführt wurde.“

b) In Artikel 9 Abs. 2 ist die Angabe „und 9“ zu ersetzen durch die Angabe „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 1. Januar 1993 in Kraft gesetzt werden muß.

17. 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 werden 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.

**18. Zu Artikel 3 (§ 17 Abs. 1 a Satz 3 a — neu —, 4),
Artikel 3 a — neu — (§ 4 Abs. 3 Nr. 2
Buchstabe g — neu —),
Artikel 4 (§ 4, Verzeichnis III der Anlage),
Artikel 9 Abs. 2, 3**

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. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. In § 17 Abs. 1 a wird nach Satz 3 folgender Satz 3 a 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. 1 a Satz 4 ist die Angabe „Sätze 1 bis 3“ zu ersetzen durch die Angabe „Sätze 1 bis 3 a“.

b) Es ist folgender Artikel 3 a einzufügen:

„Artikel 3 a

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 werden 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.“

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. Das Verzeichnis III der Anlage wird aufgehoben.“

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 Angabe „Artikel 3 und Artikel 4“ zu streichen und das Wort „treten“ ist durch das Wort „tritt“ zu ersetzen.

Begründung

Zu Buchstabe a (Artikel 3)

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 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 Buchstabe 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.

Zu Buchstabe c (Artikel 4)

Die Neufassung des § 4 der Abgrenzungsverordnung trägt der Rechtslage nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 durch Neudefinition der pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten im Sinne des § 4 Nr. 1 des Gesetzentwurfs Rechnung.

Zu Buchstabe d (Artikel 9 Abs. 2, 3)

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.

19. 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.“

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 Bundesschiedsämter 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 Schiedsämter 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.

20. Artikel 5 Nr. 2a — neu — (§ 4 Abs. 1 nach Satz 1)

In Artikel 5 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

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

„Als wichtiger Grund gilt insbesondere, daß die Bestellung als unparteiisches Mitglied gemäß § 2 Abs. 1 ausgeschlossen wäre.“

Begründung

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

21. Zu Artikel 7a — neu — (§ 17 Abs. 2, 4), Artikel 7b — neu — (§ 17 Abs. 4), Artikel 9 Abs. 4 (Artikel 7a Nr. 1 — neu —, Artikel 7b — neu —)

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

„Artikel 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.“

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 Wörter „Geschäftsführer, deren Stellvertreter“ ersetzt durch die Angabe „Mitglieder der Vorstände (§ 35a SGB IV)“.

c) In Artikel 9 Abs. 4 ist nach der Angabe „Buchstabe a“ einzufügen die Angabe „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. Januar 1996 (§ 31 Abs. 3a SGB IV).

22. Zu Artikel 7c — neu — (§ 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

Nach Artikel 7b — neu — ist folgender Artikel 7c — neu — einzufügen:

„Artikel 7 c

Änderung der Zulassungsverordnung
für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

b) Absatz 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 sieben Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Stellvertreter sind in der nötigen Zahl von der Körperschaft zu bestellen, die den Vertreter bestellt.“

Begründung

Zu Nummer 1 (§ 34)

Folgeänderung auf Grund 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 Artikel 5 im übrigen jetzt auch für das Schiedsamtverfahren vorgesehen.

Zu Nummer 2 (§ 35)

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

23. Zu Artikel 7 d — neu — (§ 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

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

„Artikel 7 d

Änderung der Zulassungsverordnung
für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

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

b) Absatz 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 sieben Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Stellvertreter sind in der nötigen Zahl von der Körperschaft zu bestellen, die den Vertreter bestellt.“

Begründung

Zu Nummer 1 (§ 34)

Folgeänderung auf Grund 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 Artikel 5 im übrigen jetzt auch für das Schiedsamtverfahren vorgesehen.

Zu Nummer 2 (§ 35)

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

**24. Zu Artikel 9 Abs. 2 (Artikel 1 Nr. 13
Buchstabe a, Nr. 18)**

In Artikel 9 Abs. 2 ist die Angabe „und 9“ zu ersetzen durch die Angabe „9, 13 Buchstabe a und Nr. 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.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates**Zu Nummer 1**

(Vor Artikel 1; § 35a Abs. 6/Artikel 9 Abs. 4)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Gegen die Fristbestimmung 1. Januar 1994 bestehen aus ihrer Sicht allerdings Bedenken. Das DO-System ist zum 31. Dezember 1992 geschlossen worden (§ 358 RVO). Es ist kein Anlaß ersichtlich, ab diesem Zeitpunkt noch eine Befähigung nach § 36 Abs. 6 SGB IV zuzuerkennen.

Zu Nummer 2

(Vor Artikel 1; § 35a Abs. 8 — neu —)

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.

Gegen eine klarstellende Regelung zum Status der Geschäftsführer, die zum 1. Januar 1996 nicht in den Vorstand gewählt werden, bestehen keine Bedenken. Die Bundesregierung wird jedoch prüfen, ob auch die angemessene entsprechende Weiterbeschäftigung der betreffenden Personen unter Beibehaltung ihrer Besoldungsgruppe gesetzlich klargestellt werden soll.

Zu Nummer 3

(Artikel 1)

Eine derartige Prüfung ist auf Grund der genannten Beschlußempfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages bereits eingeleitet.

Zu Nummer 4

(Artikel 1 Nr. 1a — neu —; § 10 Abs. 1 Nr. 3)

Die Bundesregierung unterstützt das Anliegen des Bundesrates, soweit die Familienversicherung von Arbeitnehmern betroffen ist. Sie prüft im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens, ob mit dem Formulierungsvorschlag des Bundesrates diesem Anliegen Rechnung getragen wird.

Zu Nummer 5

(Artikel 1 Nr. 6a — neu —; § 37 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Bei der vorgeschlagenen Ergänzung handelt es sich nicht um eine rechtliche Klarstellung, sondern um eine Leistungsausweitung zu Lasten der gesetzlichen

Krankenversicherung, weil die Kosten für die Behandlungspflege in Heimen und bei ähnlichen stationären Aufenthalten auf die gesetzliche Krankenversicherung verlagert werden sollen.

Nach geltendem Recht übernehmen die Krankenkassen Behandlungspflege nur bei ambulanter Behandlung im Haushalt oder in der Familie des Pflegebedürftigen. Darüber hinaus wird die Behandlungspflege immer nur dann gewährt, wenn eine andere im Haushalt des Versicherten lebende Person nicht dazu in der Lage ist (Subsidiaritätsprinzip). In Heimen und bei ähnlichen stationären Aufenthalten kann die Behandlungspflege aber ohne weiteres vom Pflegepersonal durchgeführt werden. Es ist auch vertretbar, daß die Kosten für diese Leistungen auch bei teilstationärer Unterbringung in Krankenwohnungen, Hospizen oder ähnlichen Einrichtungen weiterhin von deren Bewohnern über den Pflegesatz getragen werden müssen.

Zu Nummer 6

(Artikel 1 Nr. 8a — neu —; § 45 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Die Leistung des Krankengeldes nach § 45 Abs. 1 SGB V knüpft an die akute Erkrankung eines Kindes an. Grund des Anspruchs ist also die Erkrankung des Kindes, unabhängig davon, ob das Kind auch auf Grund einer Behinderung oder aus sonstigen Gründen einer besonderen Betreuung bedarf. Die Auffassung des Bundesrates, daß Eltern — und besonders alleinerziehende Elternteile — von behinderten Kindern sich derzeit vor Schwierigkeiten gestellt sehen, für die eine angemessene Lösung nicht aufgezeigt werden kann, wird in der Sache geteilt; die Lösung dieser Schwierigkeiten gehört jedoch nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 7

(Artikel 1 Nr. 10a — neu —; § 64)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Die von verschiedenen Krankenkassen vorgesehenen Erprobungsregelungen stellen das Sachleistungsprinzip nicht in Frage. Die Erprobungsregelungen lassen lediglich zeitlich befristet und für einen bestimmten Teil der Pflichtversicherten die Kostenerstattung zu. Eine „flächendeckende“ Einführung der Kostenerstattung ist mit der Erprobung nicht verbunden.

Der Gesetzgeber des Gesundheits-Reformgesetzes hat aus guten Gründen § 64 SGB V beschlossen. Die Kostenerstattung ist seit längerem in der Diskussion — über Art und Ausmaß ihrer Inanspruchnahme sowie

die Auswirkungen einer etwaigen Einführung in die gesetzliche Krankenversicherung gibt es keine ausreichenden Erkenntnisse. Die Erprobung trägt dazu bei, das Informationsdefizit für den Gesetzgeber abzubauen.

Zu Nummer 8

(Artikel 1 Nr. 17 a — neu — und Nr. 17 b — neu —; § 118 Abs. 1, § 120 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Zu Artikel 1 Nr. 17 a — neu —

Das Instrument der bedarfsabhängigen Ermächtigung im geltenden Recht ermöglicht ein flexibles Eingehen auf den unterschiedlichen örtlichen und qualitativen Bedarf an ambulanter psychiatrischer Versorgung. Eine Umwandlung des Anspruchs auf bedarfsabhängige in einen Anspruch auf bedarfsunabhängige Teilnahme an der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Versicherten wird deshalb derzeit nicht für notwendig gehalten. Diese Einschätzung wird auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geteilt.

Zu Artikel 1 Nr. 17 b — neu —

Für die vorgeschlagene Änderung besteht kein Bedürfnis, da das geltende Recht die gewünschte Rechtsfolge bereits enthält.

Zu Nummer 9

(Artikel 1 Nr. 17 c — neu — und Nr. 17 d — neu —; §§ 118 a — neu —, 120 Abs. 1 Satz 1)

Die Bundesregierung sieht für die gesetzliche Ermächtigung der Pflege- und Behinderteneinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung derzeit schon angesichts der Überversorgung im vertragsärztlichen Bereich keine Möglichkeit. Im übrigen wird auf die Begründung zu Nummer 5 verwiesen.

Zu Nummer 10

(Artikel 1 Nr. 23 a — neu —; § 247/Artikel 9 Abs. 3 a — neu —) und

Zu Nummer 11

(Artikel 1 Nr. 23 b — neu —; § 255 Abs. 3 — neu — und 4 — neu —/Artikel 9 Abs. 3 b — neu —)

Dem Anliegen wird grundsätzlich zugestimmt.

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsvorhabens prüfen, wie diesem Anliegen Rechnung getragen werden kann.

Zu Nummer 12

(Artikel 1 Nr. 23 c — neu —; § 263 a — neu —)

Trotz der auch von der Bundesregierung gesehenen Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Verwaltungshandeln der gesetzlichen Krankenkassen bestehen Bedenken, dieses Ziel durch Einführung einer Verwaltungsausgabenobergrenze zu erreichen.

Zu Nummer 13

(Artikel 1 Nr. 25 a — neu —; § 274 Abs. 2 Satz 1)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu Nummer 14

(Artikel 1 Nr. 25 b — neu —; § 279 Abs. 2, 6/Artikel 1 a — neu —; § 279 Abs. 2 Satz 1 und 2/Artikel 9 Abs. 4)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Nach dem Willen des Gesetzgebers (Gesundheits-Reformgesetz) sollte der Verwaltungsrat mit unabhängigen, sachkundigen und mit den Aufgaben eines Medizinischen Beratungsdienstes vertrauten Personen besetzt werden. Die Wählbarkeit wurde daher nur an die allgemeinen Voraussetzungen nach dem Vierten Buch Sozialgesetzbuch gebunden. Die Amtsdauer der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste ist daher nicht an die Amtsdauer der Selbstverwaltung der sie tragenden Krankenkassen geknüpft. Da dies in der Praxis zu erheblichen Problemen geführt haben soll, ist eine weitere Prüfung angezeigt.

Zu Nummer 15

(Artikel 1 Nr. 27; § 308 Abs. 3 Satz 3)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu Nummer 16

(Artikel 1 Nr. 30 — neu —; § 311 Abs. 4 Buchstabe c/Artikel 9 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Die vorgeschlagene Ergänzung würde der Regelung in § 311 Abs. 4 Buchstabe c Satz 1 SGB V widersprechen, die das Verhältnis der betreffenden Ärzteguppen in den Organen mit Wirkung vom 1. Januar 1993 neu regelt.

Zu Nummer 17

(Artikel 2 Nr. 2a — neu —; § 354 Abs. 5 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu Nummer 18

(Artikel 3; § 17 Abs. 1a Satz 3a — neu —, 4/Artikel 3a — neu —; § 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe g — neu —/Artikel 4; § 4, Verzeichnis III der Anlage/Artikel 9 Abs. 2, 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Wie bereits in der Begründung zum Regierungsentwurf dargelegt, läßt die von den Ländern angestrebte Regelung damit eng zusammenhängende Fragen des Übergangs vom dualen zum monistischen Krankenhausfinanzierungssystem außer Betracht, u. a. auch die Notwendigkeit eines finanziellen Ausgleichs durch die Länder zugunsten der GKV.

Zu Nummer 19

(Artikel 5 Nr. 1a — neu —; § 2 Abs. 1 — neu —)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen. Sie gibt allerdings zu bedenken, daß bei Interessenkollision die Aufsichtsbehörde die Bestellung bereits jetzt nach § 89 Abs. 5 SGB V beanstanden kann.

Zu Nummer 20

(Artikel 5 Nr. 2a — neu —; § 4 Abs. 1 nach Satz 1)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu Nummer 21

(Artikel 7a — neu —; § 17 Abs. 2, 4/Artikel 7b — neu —; § 17 Abs. 4/Artikel 9 Abs. 4)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Sie weist darauf hin, daß mit der nächsten Novellierung des Sozialgerichtsgesetzes die Regelungen über die Berufung ehrenamtlicher Richter grundsätzlich veränderten Verhältnissen angepaßt werden sollen.

Zu Nummer 22

(Artikel 7c — neu —; § 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Die Besetzung der Zulassungsausschüsse mit 14 Mitgliedern wäre unpraktikabel und kostenaufwendig. Die einheitliche Zulassung nach § 96 SGB V verlangt nicht, daß ein Vertreter jeder Kassenart im Zulassungsausschuß mitwirkt. Der Hinweis in der Begründung des Bundesrates auf die Besetzung der Schiedsämter geht fehl. Anders als in Zulassungsfragen, die für alle Kassenarten nur einheitlich entschieden werden können, sind kassenartenunterschiedliche Verträge möglich, für die das Schiedsamt dann in unterschiedlicher Besetzung — nur mit Vertretern der betroffenen Kassenarten, vgl. § 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V — zuständig ist.

Zu Nummer 23

(Artikel 7d — neu —; § 34 Abs. 1, 2, § 35 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Auf die Begründung zu Nummer 22 wird verwiesen.

Zu Nummer 24

(Artikel 9 Abs. 2)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Soweit die Bundesregierung der Stellungnahme des Bundesrates zustimmt, sind Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, nicht zu erwarten.

