

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
7 — 81100 — 2047/60

Bonn, den 14. Januar 1960

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des
Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz
— KVNG)

nebst Begründung (Anlage 1) mit der Bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat hat in seiner 213. Sitzung am 18. Dezember 1959 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Entwurf wie aus der Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen. Im übrigen hat der Bundesrat gegen den Entwurf keine Einwendungen erhoben. Er ist der Ansicht, daß das Gesetz seiner Zustimmung bedarf.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der Anlage 3 da gelegt.

Für den Bundeskanzler
Der Bundesminister für Verkehr
Seebohm

Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts
der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz — KVNG)**

Gliederung

§§

A r t i k e l 1

Neufassung des Zweiten Buches
der Reichsversicherungsordnung

ERSTER ABSCHNITT

Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

A. Aufgabe der Versicherung	165
B. Kreis der versicherten Personen	
I. Versicherungspflicht	166 bis 170
1. Umfang der Versicherungspflicht	166
2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht	167 bis 170
II. Freiwillige Versicherung	171 bis 175
1. Weiterversicherung	171
2. Versicherungsberechtigung	172 bis 173
3. Erlöschen der freiwilligen Versicherung	174
4. Jährliches Gesamteinkommen	175

ZWEITER ABSCHNITT

Leistungen der Versicherung

I. Arten der Leistungen	176
II. Vorsorgehilfe	177 bis 182
III. Krankenhilfe	183 bis 206
IV. Mutterschaftshilfe	207 bis 215
V. Familienhilfe	216 bis 218
VI. Sterbegeld	219 bis 220
VII. Gemeinsame Vorschriften	221 bis 233

§§

DRITTER ABSCHNITT

Träger der Versicherung

A. Arten der Krankenkassen	234 bis 256
I. Ortskrankenkassen	235 bis 237
II. Landkrankenkassen	238 bis 240
III. Betriebskrankenkassen	241 bis 246
IV. Innungskrankenkassen	247 bis 251
V. Ersatzkassen	252 bis 254
VI. See-Krankenkasse	255
VII. Knappschaften	256
 B. Verfahren bei Errichtung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen	 257 bis 269
I. Errichtung	257 bis 260
II. Vereinigung	261
III. Ausscheidung, Auflösung, Schließung	262 bis 268
IV. Anhörung der Ortskrankenkassen	269

VIERTER ABSCHNITT

Verfassung

I. Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung	270 bis 280
II. Mitgliedschaft	281 bis 288
III. Satzung	289 bis 293
IV. Rechte und Pflichten der Organe	294 bis 295

FÜNFTER ABSCHNITT

Meldungen, Aufbringung und Verwaltung der Mittel

I. Meldungen	296 bis 301
II. Aufbringung der Mittel und Bemessung der Beiträge	302 bis 313
III. Zahlung der Beiträge	314 bis 323

	§§
IV. Überwachung der Beitragsentrichtung; Auskunftspflicht	324 bis 328
V. Besonderheiten für das Beitragswesen	329 bis 332
VI. Verwaltung der Mittel	333 bis 334
VII. Rücklagen der Krankenkassen	335 bis 339
VIII. Auftragsangelegenheiten	340 bis 341

SECHSTER ABSCHNITT

Besonderheiten für einzelne Personengruppen

I. Allgemeine Vorschrift	342
II. Hausgehilfen	343
III. Unständig Beschäftigte	344
IV. Wandergewerbe	345 bis 349
V. In Heimarbeit Beschäftigte	350 bis 353
VI. Lehrlinge	354
VII. Seeleute	355 bis 365
VIII. Deutsche Beschäftigte bei Arbeitgebern, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen	366

SIEBENTER ABSCHNITT

Kassenverbände

I. Bezirksverbände	367 bis 370
II. Landes- und Bundesverbände	371 bis 380

ACHTER ABSCHNITT

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

I. Kassenärzte und Kassenzahnärzte	381 bis 398
II. Beratungsärzte	399 bis 412

§§

NEUNTER ABSCHNITT

Verhältnis zu Dritten

I. Verhältnis zu Krankenhäusern	413 bis 417
II. Verhältnis zu Apotheken	418 bis 419
III. Verhältnis zu Hebammen	420
IV. Verhältnis zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und zu Lieferanten	421

ZEHNTER ABSCHNITT

Aufsicht

422 bis 426

ELFTER ABSCHNITT

Strafvorschriften und Zwangsgeld

427 bis 433

Artikel 2

Änderung von Gesetzen

1 bis 15

Artikel 3

Überleitungsvorschriften

I. Kreis der versicherten Personen	1 bis 4
II. Leistungen der Versicherung	5 bis 12
III. Träger der Versicherung	13 bis 14
IV. Aufbringung und Verwaltung der Mittel	15 bis 18
V. Kassenverbände	19 bis 21
VI. Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte	22 bis 26
VII. Zuschüsse des Arbeitgebers nach dem Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle	27

§§

Artikel 4

Übergangsvorschriften

I. Recht der Selbstverwaltung	1 bis 6
II. Weitergeltung von Vorschriften	7 bis 15
III. Ermächtigung zur vorübergehenden Einführung anderer Formen der Kostenbeteiligung	16

Artikel 5

Geltung im Land Berlin und Stadtstaaten-Klausel	1 bis 2
---	---------

Artikel 6

Schlußvorschriften	1 bis 4
--------------------	---------

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

Artikel 1

Neufassung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung

Das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung wird wie folgt neu gefaßt:

„ZWEITES BUCH Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

A. Aufgabe der Versicherung

§ 165

Aufgabe der Krankenversicherung ist, zur Abwendung und Früherkennung von Krankheit, bei Krankheit und Tod sowie im Falle der Mutterschaft Leistungen nach den folgenden Vorschriften zu gewähren.

B. Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflicht

1. Umfang der Versicherungspflicht

§ 166

- (1) In der Krankenversicherung sind versichert
1. Personen, die als Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte) gegen Entgelt oder als Lehrlinge oder sonst zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind,
 2. die in Heimarbeit Beschäftigten (§ 1 Abs. 1 des Heimarbeitsgesetzes vom 14. März 1951 — Bundesgesetzbl. I S. 191) sowie die in § 1 Abs. 2 Buchstabe a bis d des Heimarbeitsgesetzes bezeichneten Personen, wenn sie hinsichtlich der Entgeltregelung gleichgestellt sind,
 3. Arbeitslose, die den Hauptbetrag nach den §§ 89 oder 148 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung beziehen,
 4. Arbeitnehmer, die Stilllegungsvergütung nach § 126 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung beziehen,

5. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Versichertenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen, diese Rente beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
6. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war.

(2) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 5 und 6 genannten Personen ist, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4 oder freiwillig bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, für die in Absatz 1 Nr. 6 genannten Personen ferner, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 5 oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften versichert sind.

2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht

§ 167

Versicherungsfrei sind

1. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst (§ 168) 7920 Deutsche Mark übersteigt und sie im Krankheitsfall für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben,
2. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn sie bei ihrem Ehegatten oder bei Verwandten ersten Grades beschäftigt sind,
3. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Personen, wenn sie während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer sonstigen der wissenschaftlichen Ausbildung dienenden Schule (außer einer Bergschule) oder wenn sie zur Ausbildung oder Weiterbildung für ihren zukünftigen Beruf nach Abschluß des Hochschulstudiums gegen Entgelt beschäftigt sind,
4. Personen, die in ihrer Haupttätigkeit nicht versicherungspflichtig sind, wenn sie eine Nebenbeschäftigung ausüben, die an sich die Versicherungspflicht begründen würde,
5. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Personen, wenn sie ein Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder

- der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen, vom Tage der Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides ab,
6. Beamte im Sinne der Beamtengesetze des Bundes und der Länder sowie Richter des Bundes und der Länder,
 7. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften,
 8. Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten der Bundeswehr,
 9. Personen, die in Betrieben oder im Dienst öffentlich-rechtlicher Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen beschäftigt sind und für den Fall der Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
 10. die in Nummer 6 bis 9 genannten Personen, wenn sie Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
 11. Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, ordentliche Mitglieder der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und ihnen von ihrer Gemeinschaft Fürsorge im Krankheitsfall gewährleistet ist.

§ 168

(1) Die Höhe des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes bestimmt sich nach dem Entgelt, das sich für ein Jahr aus dem Arbeitsverhältnis regelmäßig ergibt. Zuschläge aller Art, einmalige Zuwendungen und Vergütungen für Mehrarbeit bleiben außer Betracht. Entgelt aus Nebenbeschäftigungen wird in voller Höhe angerechnet, wenn es nicht nach § 304 Abs. 3 bei der Berechnung der Beiträge außer Betracht bleibt.

(2) Wird die Jahresarbeitsverdienstgrenze überschritten, so endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Monats des Überschreitens. Bei rückwirkender Erhöhung des Entgelts gilt als Monat des Überschreitens der Monat, in dem das erhöhte Entgelt erstmals gezahlt wird.

§ 169

Versicherungsfrei sind

1. Personen, die berufsmäßig eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nicht ausüben, eine solche aber als Nebenbeschäftigung übernehmen. Eine Nebenbeschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigung zwar laufend oder in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur gegen ein geringfügiges Entgelt, das durchschnittlich im Monat ein Achtel der für Monatsbezüge geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2) oder bei höherem Entgelt ein Fünftel des Gesamteinkommens nicht überschreitet;

2. Personen, die in der Regel nicht als Arbeitnehmer tätig sind, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Jahres seit ihrem Beginn auf nicht mehr als zwei Monate oder insgesamt fünfzig Arbeitstage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch Vertrag beschränkt ist. Wird die Zeitdauer überschritten, so tritt vom Überschreiten an Versicherungspflicht ein.

§ 170

- (1) Versicherungsfrei sind ferner Personen, die
 1. auf deutschen Seefahrzeugen oder Binnenschiffen Dienstleistungen im Ausland ausführen, wenn sie nicht Mitglieder der Besatzung sind,
 2. bei ausländischen Eisenbahnverwaltungen beschäftigt sind, soweit sie Dienstleistungen in Eisenbahnbetrieben im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausführen,
 3. bei ausländischen Betrieben im Ausland beschäftigt sind, soweit sie vorübergehende Dienstleistungen ihres Betriebes im Geltungsbereich dieses Gesetzes verrichten,
 4. keine oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, im Geltungsbereich dieses Gesetzes keinen Wohnsitz oder ständigen Aufenthaltsort haben und auf deutschen Seefahrzeugen Dienst tun, die nur im Verkehr zwischen ausländischen Häfen eingesetzt sind,
 5. zur Besatzung ausländischer Schiffe gehören, die im Binnenschiffverkehrsverkehr nur gelegentlich deutsche Wasserstraßen befahren; ob diese Voraussetzung zutrifft, entscheidet die Ortskrankenkasse, in deren Bezirk das Schiff bei Überfahren der Grenze zuerst eintritt.

(2) Die Vorschriften des Absatzes 1 finden keine Anwendung, wenn und soweit eine von einer europäischen Gemeinschaft erlassene Rechtsvorschrift, die in der Bundesrepublik Deutschland verbindlich ist und unmittelbar gilt, oder ein für die Bundesrepublik Deutschland wirksames zwischenstaatliches Abkommen über Sozialversicherung etwas anderes bestimmt.

II. Freiwillige Versicherung

1. Weiterversicherung

§ 171

(1) Personen, die während der vorangegangenen fünf Jahre mindestens zweiundfünfzig Wochen versichert waren und aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können ihre Versicherung freiwillig fortsetzen, wenn sie unmittelbar vor dem Ausscheiden dreizehn Wochen versichert waren.

(2) Wer die Versicherung nach Absatz 1 freiwillig fortsetzen will, muß dies der Kasse binnen drei Wochen nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen.

2. Versicherungsberechtigung

§ 172

(1) Der Versicherung können freiwillig beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 175) 7920 Deutsche Mark nicht übersteigt,

1. die in § 167 Nr. 2, 3 und 11 genannten Personen,
2. Personen, die in der Ausbildung für den Beruf der Krankenschwester, des Krankenpflegers, der Kinderkrankenschwester oder der Hebamme stehen, einschließlich der Ausbildung an entsprechenden Vorschulen,
3. Empfänger von Waisenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten, die nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen gehören,
4. Personen, die selbständig einen Beruf ausüben und nicht mehr als zwei versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen.

(2) Die Satzung kann den Beitritt von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses für den Versicherungsberechtigten und seine Angehörigen, für die ihm nach § 216 Familienhilfe zusteht, abhängig machen. Die Kasse kann Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, und deren Angehörige durch den Beratungsarzt untersuchen lassen. Sie kann binnen eines Monats den Beitritt mit Wirkung von der Antragsstellung an zurückweisen, wenn der Versicherungsberechtigte oder einer seiner Angehörigen erkrankt ist oder das Gesundheitszeugnis nicht genügt.

(3) Der Versicherung kann nicht beitreten, wer im Zeitpunkt der Antragstellung das 40. Lebensjahr überschritten hat.

§ 173

(1) Der Versicherung können ferner freiwillig beitreten

1. der überlebende Ehegatte eines Versicherten,
2. der geschiedene Ehegatte eines bei Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils Versicherten.

Die in § 172 Abs. 1 genannte Einkommensgrenze sowie § 172 Abs. 2 und 3 gelten nicht.

(2) Der Beitritt ist innerhalb von drei Wochen nach dem Tode des Versicherten oder nach Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils zu beantragen. Wird der Beitritt verspätet beantragt, so kann die Kasse den Beitritt gestatten, wenn die Verspätung nicht auf Verschulden des Berechtigten beruht.

(3) Wird die Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt, so gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

3. Erlöschen der freiwilligen Versicherung

§ 174

(1) Übersteigt das jährliche Gesamteinkommen 15 000 Deutsche Mark, so erlischt die freiwillige Versicherung mit Ablauf des Jahres, in dem der Kasse das Überschreiten nach § 301 zu melden ist.

(2) Die freiwillige Versicherung erlischt nicht, wenn der Versicherte in dem Zeitpunkt, in dem er nach Absatz 1 aus der Versicherung ausscheiden würde, mindestens zehn Jahre bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

4. Jährliches Gesamteinkommen

§ 175

Als jährliches Gesamteinkommen gilt bei Arbeitnehmern, die nicht zur Einkommensteuer veranlagt werden, der im vorangegangenen Kalenderjahr bezogene Arbeitslohn, vermindert um den Pauschbetrag für Werbungskosten, bei allen übrigen Versicherten der Gesamtbetrag der Einkünfte, der der letzten Veranlagung zur Einkommensteuer zugrunde gelegen hat.

ZWEITER ABSCHNITT

Leistungen der Versicherung

I. Arten der Leistungen

§ 176

Leistungen der Versicherung sind

1. Vorsorgehilfe,
2. Krankenhilfe,
3. Mutterschaftshilfe,
4. Familienhilfe,
5. Sterbegeld.

II. Vorsorgehilfe

§ 177

Die Vorsorgehilfe umfaßt

- ärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
- Vorsorgekuren,
- sonstige Maßnahmen im Einzelfall sowie allgemeine Maßnahmen.

§ 178

(1) Versicherte, die das 40. Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Früherkennung von Krankheiten innerhalb von je drei Jahren einmal ärztlich untersuchen lassen.

(2) Die Satzung kann die Untersuchungen nach Absatz 1 innerhalb kürzerer Zeiträume und für weitere Altersgruppen zulassen. Sie kann bestimmte Untersuchungen für einzelne Berufs- oder Personengruppen vorsehen.

§ 179

Die Versicherten sollen sich jährlich einmal von einem Zahnarzt untersuchen lassen, wenn sie nicht innerhalb dieses Jahres vom Zahnarzt behandelt worden sind.

§ 180

(1) Die Kasse kann eine Vorsorgekur oder Zuschüsse dazu gewähren, wenn nach ärztlichem Gutachten zu befürchten ist, daß der Versicherte in absehbarer Zeit arbeitsunfähig wird. Während der Kur ist Krankengeld nach § 204 zu zahlen, wenn bei Arbeitsunfähigkeit hierauf Anspruch bestünde.

(2) Vorsorgekuren oder Zuschüsse dürfen nur gewährt werden, wenn der Versicherte in einem unter ärztlicher Aufsicht stehenden Kurheim untergebracht wird.

(3) § 194 gilt entsprechend.

(4) Vorsorgekuren sollen nur gewährt werden, wenn der zuständige Träger der Rentenversicherung eine entsprechende Maßnahme nicht gewährt.

§ 181

(1) Die Satzung kann zur Abwendung von Krankheiten Einzelmaßnahmen, insbesondere Schutzimpfungen, kieferorthopädische oder orthopädische Maßnahmen, oder Zuschüsse dazu für alle oder für Gruppen von Versicherten vorsehen. Soweit solche Maßnahmen von Gesundheitsbehörden durchgeführt werden, darf die Satzung sie nicht vorsehen.

(2) Die Satzung muß eine Kostenbeteiligung der Versicherten vorsehen, wenn nicht lediglich Zuschüsse gewährt werden.

§ 182

Die Kasse kann mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde Mittel für Zwecke der allgemeinen Krankheitsverhütung verwenden.

III. Krankenhilfe

§ 183

Die Krankenhilfe umfaßt
Krankenpflege,
Krankenhauspflege,
Krankengeld sowie
Genesendenfürsorge.

§ 184

(1) Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit an gewährt; sie umfaßt ärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. Sie endet spätestens sechs Wochen nach dem Ende der Mitgliedschaft.

(2) Die Krankenpflege muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges oder zur Linderung der Krankheitsfolgen nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen.

§ 185

(1) Ärztliche Behandlung wird durch Ärzte gewährt, die an der kassenärztlichen Versorgung (§ 382) teilnehmen.

(2) Die Versicherten haben die freie Wahl unter den in Absatz 1 genannten Ärzten. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen beansprucht werden. In diesen Fällen werden den Versicherten die entstandenen Kosten abzüglich der Beträge nach § 186 von der Kasse ersetzt.

(3) Wird ohne triftigen Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte der Kasse die Mehrkosten zu erstatten.

(4) Soweit sich diese und die folgenden Vorschriften auf die Inanspruchnahme von Ärzten beziehen, gelten sie entsprechend für die Inanspruchnahme von Zahnärzten.

§ 186

(1) Der Versicherte hat für jede in der Gebührenordnung (§ 391) vorgesehene ärztliche Leistung 1,50 Deutsche Mark zu zahlen.

(2) Die Zuzahlung entfällt nach Ablauf der sechsten Woche der Behandlung wegen derselben Krankheit, auch wenn bis dahin eine neue Krankheit hinzugetreten ist, die von demselben Arzt behandelt wird. Dauert diese Behandlung länger als sechs Monate an, so ist nach Ablauf von je sechs Monaten die Zuzahlung erneut für sechs Wochen zu leisten. Dies gilt auch dann, wenn nach Abschluß der Behandlung wegen derselben nicht behobenen Krankheit erneut ärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird.

(3) Die Zuzahlung nach Absatz 2 Satz 2 und 3 entfällt, solange der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat.

(4) Die Kasse kann Versicherte von der Zuzahlung befreien, wenn ihre monatlichen Einkünfte 200 Deutsche Mark nicht übersteigen oder wenn besondere Härtefälle vorliegen.

(5) Die Satzung kann einen Höchstbetrag für die Zuzahlung vorsehen, der fünfzehn Deutsche Mark nicht unterschreiten darf.

§ 187

(1) Vor Beginn der ärztlichen Behandlung hat der Versicherte dem Arzt eine Mitgliedsbescheinigung seiner Kasse auszuhändigen. In dringenden Fällen kann die Mitgliedsbescheinigung nachgebracht werden.

(2) Der Arzt hat die Mitgliedsbescheinigung nach Abschluß der Behandlung, spätestens nach Ablauf von sechs Wochen seit Beginn der Behandlung, seiner Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Auf der Mitgliedsbescheinigung sind die Krankheitsbezeichnung, die Honorarforderung und die Zuzahlung des Versicherten zu vermerken. Eine Durchschrift der Mitgliedsbescheinigung hat der Arzt dem Versicherten auszuhändigen. Auf der Durchschrift kann die Angabe der Krankheitsbezeichnung unterbleiben.

(3) Die Kasse hat dem Versicherten eine neue Mitgliedsbescheinigung auszustellen, wenn nach ärztlichem Zeugnis die Behandlungsbedürftigkeit fort dauert. Der Arzt hat die Mitgliedsbescheinigung nach Abschluß der Behandlung, spätestens nach Ablauf von sechs Monaten seit Beginn der Behandlung, seiner Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates Form und Inhalt der Mitgliedsbescheinigung bestimmen.

§ 188

(1) Bei der Abnahme von Arznei- und Verbandmitteln hat der Versicherte von den Kosten der Verordnungen auf einem Verordnungsblatt an die abgebende Stelle eine Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten, zu bezahlen. Überschreiten die Kosten der Verordnungen auf einem Verordnungsblatt fünf Deutsche Mark, so hat der Versicherte für jede weitere angefangene Deutsche Mark zehn Deutsche Pfennig, jedoch höchstens drei Deutsche Mark insgesamt, zu bezahlen.

(2) Enthält ein Verordnungsblatt mehr als eine Verordnung, sind die Kosten zusammenzurechnen. Ein Verordnungsblatt darf nicht mehr als drei Verordnungen enthalten.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, für welche Arzneimittel, die bei Behandlung bestimmter langdauernder Krankheiten erforderlich sind, der Versicherte von der Zuzahlung befreit ist.

§ 189

(1) Arzneimittel, deren Zusammensetzung nach Art und Menge der arzneilich wirksamen Bestandteile nicht angegeben ist, dürfen nicht gewährt werden.

(2) Mittel, die ihrer Art nach der Körperpflege oder als Genußmittel zu dienen bestimmt sind, dürfen nicht gewährt werden.

§ 190

(1) Die Satzung kann die Gewährung von Heilmitteln und Brillen oder eines Zuschusses dafür vorsehen.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Kasse einen Zuschuß zu Hilfsmitteln bei Verunstaltung oder Körperbehinderung gewähren kann.

(3) Bei der Gewährung der in Absatz 1 genannten Leistungen hat die Satzung eine Kostenbeteiligung des Versicherten vorzusehen, es sei denn, daß Zuschüsse gewährt werden.

§ 191

(1) Versicherte, die sich regelmäßig zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (§ 179) unterzogen haben, erhalten den notwendigen Zahnersatz. Dem Versicherten, der sich den Zahnersatz selbst beschafft hat, ist der Betrag zu gewähren, der für den notwendigen Zahnersatz erforderlich gewesen wäre.

(2) Im übrigen kann die Kasse Zuschüsse zum notwendigen Zahnersatz gewähren.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, unter welchen Voraussetzungen Zahnersatz notwendig ist.

§ 192

(1) An Stelle der Krankenpflege hat die Kasse Krankenhauspflege zu gewähren, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln. § 184 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Dem Versicherten steht die Wahl unter den für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäusern frei, die mit Kassen Verträge abgeschlossen haben. In Notfällen kann auch ein Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das Verträge mit Kassen nicht abgeschlossen hat; dem Versicherten werden die entstandenen Kosten von der Kasse erstattet.

(3) Ist die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich, um eine Krankheit zu erkennen, so gilt Absatz 2 nicht. Lehnt der Versicherte die Einweisung ab, so kann die Kasse für die Dauer der Weigerung die Leistungen für diesen Krankheitsfall ganz oder teilweise versagen.

§ 193

(1) Die Kasse kann auf Antrag einen Zuschuß gewähren, wenn die Voraussetzungen des § 192 Abs. 1 nicht zutreffen, die Aufnahme in ein Krankenhaus aber aus besonderen Gründen erforderlich erscheint.

(2) Die Kasse hat dem Versicherten auf Antrag den für die notwendige Krankenhauspflege erforderlichen Betrag als Zuschuß zu gewähren, wenn der Versicherte eine höhere Pflegeklasse in Anspruch nimmt.

(3) Nimmt der Versicherte ohne triftigen Grund ein anderes als eines der für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch, so zahlt die Kasse einen Zuschuß, dessen Höhe die Satzung bestimmt, jedoch nicht mehr als die entstehenden Kosten.

(4) Die Zuschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 werden an Stelle von Krankenhauspflege gewährt. Das gilt auch für die Erstattung nach § 192 Abs. 2 Satz 2.

(5) Die Kasse kann den Zuschuß unmittelbar an das Krankenhaus zahlen.

§ 194

(1) Der Versicherte hat im Falle der Krankenhauspflege für jeden Krankenhauspflegetag 0,5 vom Hundert seines monatlichen der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts oder Gesamteinkommens, mindestens eine Deutsche Mark, höchstens aber 3,30 Deutsche Mark unmittelbar an das Krankenhaus zu zahlen, solange er kein Krankengeld erhält. Bei den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Personen ist für die Höhe der Zuzahlung der Betrag der monatlichen Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten maßgebend. Bei der Bemessung der Zuzahlung ist der Betrag des Entgelts, des Gesamteinkommens oder der Rente im letzten Kalendermonat vor Beginn der Krankenhauspflege zugrunde zu legen.

(2) Erstattet die Kasse nach § 192 Abs. 2 Satz 2 die Kosten oder gewährt sie Zuschüsse nach § 193, so sind hiervon die Beträge nach Absatz 1 abzuziehen.

(3) Die Kasse kann in besonderen Härtefällen von der Zuzahlung befreien.

§ 195

(1) Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar, oder liegt ein triftiger Grund vor, den Kranken im Haushalt oder in seiner Familie zu belassen, so hat die Kasse auf Antrag des Versicherten die Kosten zu erstatten, die durch die Inanspruchnahme von Krankenpflegepersonen entstehen. Das gleiche gilt von den Kosten für Hauspflegerinnen, wenn diese einer Organisation angehören, die einem der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege einschließlich ihrer Untergliederungen, Einrichtungen oder Anstalten angehört oder angeschlossen ist.

(2) Die Satzung der Kasse kann einen Höchstbetrag für die Erstattung dieser Kosten je Pfllegetag festsetzen. Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Haushaltspflegerinnen anderer Träger der Hauspflege erstattet werden.

§ 196

(1) Krankenhauspflege wird zeitlich unbegrenzt gewährt, für dieselbe Krankheit jedoch für höchstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Krankenhauspflege an. Tritt während des Krankenhaus-

aufenthalts eine weitere Krankheit hinzu, die Krankenhauspflege erfordert, so wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Erstattet die Kasse nach § 192 Abs. 2 Satz 2 die Kosten oder gewährt sie an Stelle der Krankenhauspflege Zuschüsse nach § 193, so gelten Zeiten des Bezugs dieser Leistungen als Zeiten der Krankenhauspflege nach Absatz 1.

(3) Gewährt der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Heilbehandlung, so hat er der Kasse für Personen, die bei ihm pflichtversichert sind, von der siebenundzwanzigsten Woche der Krankenhauspflege an die Hälfte der hierfür entstandenen Kosten zu erstatten.

§ 197

Der Versicherte erhält Krankengeld, wenn er wegen Krankheit arbeitsunfähig ist. Das Krankengeld beträgt sechzig vom Hundert des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts. Hat der Versicherte Angehörige, für die ihm nach § 216 Abs. 1 Familienhilfe zusteht, so erhöht sich das Krankengeld für jeden Angehörigen um fünf vom Hundert dieses Entgelts. Es darf fünfundsiebzig vom Hundert dieses Entgelts nicht überschreiten. Für den Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und den folgenden Werktag oder bezahlten Feiertag ruht der Anspruch auf Krankengeld.

§ 198

(1) Für die Berechnung des Krankengeldes ist das im letzten abgerechneten Kalendermonat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit der Beitragsbemessung zugrunde liegende Entgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die Entgelt gezahlt wurde. Einmalig gezahlte Zuwendungen bleiben außer Betracht. Das Krankengeld ist für Werktage und bezahlte Feiertage während der Arbeitsunfähigkeit zu zahlen. Für den Werktag oder bezahlten Feiertag ist ein Sechstel der durch Tarifvertrag oder Einzelvertrag festgesetzten regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden anzusetzen. Das Teilungsergebnis ist auf volle Zehntel aufzurunden.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß für Versicherte, die in Betrieben beschäftigt sind, in denen regelmäßig nur an fünf Tagen in der Woche gearbeitet wird, das Krankengeld für Arbeitstage und bezahlte Feiertage zu zahlen ist. In diesem Fall ist für den Arbeitstag oder bezahlten Feiertag ein Fünftel der durch Tarifvertrag oder Einzelvertrag festgesetzten regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden anzusetzen.

(3) Das Krankengeld ist jeweils nach Ablauf des im Betrieb üblichen Lohn- oder Gehaltszahlungszeitraumes zu zahlen. Die Satzung kann kürzere Zeiträume oder die Zahlung von Abschlägen vorsehen.

(4) Der Arbeitgeber hat der Kasse die für die Berechnung des Krankengeldes erforderlichen Angaben zu machen.

§ 199

(1) Bei Versicherten, für die Beiträge nach Lohnstufen erhoben werden, tritt für die Berechnung des Krankengeldes an die Stelle des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts der monatliche Mittelbetrag ihrer Lohnstufe. Der Betrag ist durch die Zahl der Werktage und bezahlten Feiertage des Monats zu teilen, der dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit vorangeht. Das Krankengeld ist wöchentlich nachträglich für jeden Werktag und bezahlten Feiertag während der Arbeitsunfähigkeit zu zahlen. Für den Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und den folgenden Werktag oder bezahlten Feiertag ruht der Anspruch auf Krankengeld.

(2) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 3 und 4 genannten Versicherten erhalten Krankengeld in Höhe des Betrages, den sie als Arbeitslosengeld, Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe oder Stilllegungsvergütung erhalten würden, wenn sie nicht arbeitsunfähig wären. Krankengeld wird vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt. § 181 Abs. 3 und 4 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung gilt sinngemäß.

§ 200

(1) Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem Tage, von dem an Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld von einem Träger der Rentenversicherung oder Vollrente von einem Träger der Unfallversicherung gewährt wird. Ist über diesen Zeitpunkt hinaus Krankengeld gezahlt worden, so geht der Anspruch auf Rente bis zur Höhe des gezahlten Krankengeldes auf die Kasse über. Übersteigt das Krankengeld die Rente, so kann die Kasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern.

(2) Wird dem Versicherten während des Bezuges von Krankengeld Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Bergmannsrente nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes von einem Träger der Rentenversicherung oder Teilrente von einem Träger der Unfallversicherung zugebilligt, so wird das Krankengeld um den Betrag der für den gleichen Zeitraum gewährten Rente gekürzt; insoweit geht bei rückwirkender Gewährung der Rente der Rentenanspruch auf die Kasse über.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange von einem Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld gewährt wird.

(4) Ist nach dem Gutachten des Beratungsarztes der Versicherte als erwerbsunfähig anzusehen oder sind die Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes erfüllt, so kann die Kasse dem Versicherten eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb deren er den Antrag auf Rente zu stellen hat. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, so entfällt der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf der Frist.

(5) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherten haben im übrigen keinen Anspruch auf Krankengeld.

§ 201

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält. Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt, soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

(2) Erfüllt der Arbeitgeber während der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten dessen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht, so geht der Anspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber in Höhe des gezahlten Krankengeldes auf die Kasse über.

§ 202

Der Versicherte hat die Arbeitsunfähigkeit dem beratungsärztlichen Dienst innerhalb von zwei Tagen mitzuteilen. Wird die Mitteilung später gemacht, so ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum Tage des Eingangs der Mitteilung. Hat der Versicherte die Verspätung der Mitteilung nicht verschuldet, so hat die Kasse auf Antrag das Krankengeld nachzuzahlen.

§ 203

Krankengeld wird zeitlich unbegrenzt gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für höchstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, so wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

§ 204

(1) Wird einem Versicherten Krankenhauspflege oder ein Zuschuß hierfür gewährt, so beträgt das Krankengeld während dieser Zeit dreiunddreißig ein Drittel vom Hundert des Krankengeldes nach den §§ 197 oder 199 Abs. 2. Für Versicherte mit Angehörigen, für die ihnen Familienhilfe nach § 216 Abs. 1 zusteht, beträgt es bei einem Angehörigen fünfundsiebzig vom Hundert, bei zwei Angehörigen achtzig vom Hundert, bei drei und mehr Angehörigen fünfundachtzig vom Hundert des Krankengeldes, das sie nach den §§ 197 oder 199 Abs. 2 erhalten würden.

(2) Das Krankengeld kann unmittelbar an die Angehörigen gezahlt werden, soweit es den sich nach Absatz 1 Satz 1 ergebenden Betrag übersteigt.

§ 205

(1) Die Kasse kann das Krankengeld ganz oder teilweise oder auf Zeit versagen, wenn der Anspruchsberechtigte

1. sich die Krankheit
 - a) absichtlich oder
 - b) durch schuldhaftige Beteiligung bei Schlägereien oder
 - c) beim Begehen einer strafbaren Handlung, die als Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen oder nach § 315a Abs. 1

Nr. 2 in Verbindung mit § 316 Abs. 2 des Strafgesetzbuchs mit Strafe bedroht ist,

zugezogen hat;

2. die zumutbare Mitwirkung bei der Untersuchung durch den Beratungsarzt verweigert;
3. die Krankenordnung schuldhaft übertritt.

(2) Die Versagung nach Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c ist nur zulässig, wenn der Anspruchsberechtigte wegen der strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt worden ist oder wenn ein Strafverfahren aus anderen Gründen als wegen Mangels an Beweisen nicht eingeleitet oder durchgeführt worden ist. Die Kasse kann das Krankengeld vorläufig versagen, bis feststeht, ob die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen.

§ 206

(1) Die Kasse kann nach vorausgegangener schwerer Krankheit eine Genesungskur oder Zuschüsse dazu gewähren, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Sicherung des Heilerfolges notwendig erscheint. § 180 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie § 194 gelten entsprechend.

(2) Absatz 1 ist nicht anzuwenden, wenn ein Träger der Rentenversicherung oder ein Träger der Unfallversicherung Heilbehandlung wegen derselben Krankheit gewährt hat.

IV. Mutterschaftshilfe

§ 207

Die Mutterschaftshilfe umfaßt

ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, Pauschbeträge für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen, Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt sowie Mutterschaftsgeld.

§ 208

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Es werden Vorsorgeuntersuchungen und, falls erforderlich, ärztliche Behandlung gewährt.

(2) Bei der Entbindung wird Hilfe durch eine Hebamme und, falls erforderlich, durch einen Arzt gewährt.

(3) Die Versicherte ist an den Kosten nach den Absätzen 1 und 2 nicht zu beteiligen.

§ 209

Notwendige Arznei- und Heilmittel werden bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammen-

hang mit der Entbindung ohne Kostenbeteiligung gewährt.

§ 210

(1) Für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen wird ein Pauschbetrag in Höhe von 100 Deutsche Mark gewährt.

(2) Bei Mehrlingsgeburten ist der Pauschbetrag mehrfach zu zahlen.

§ 211

(1) An Stelle der Hälfte des Pauschbetrages nach § 210 hat die Kasse der Versicherten auf Antrag für höchstens zehn Tage Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt zu gewähren.

(2) § 192 Abs. 2 und § 193 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 212

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 genannten Versicherten und die in § 285 Abs. 2 genannten Mitglieder erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des der Beitragsbemessung zu Grunde liegenden Entgelts. Es ist um die gesetzlichen Abzüge zu vermindern. Für die Berechnung und Zahlung gelten die §§ 198 und 199 Abs. 1 Satz 1 bis 3 entsprechend; an die Stelle des Beginns der Arbeitsunfähigkeit tritt der Beginn der Schutzfrist nach § 3 des Mutterschutzgesetzes vom 24. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 69), bei den in § 285 Abs. 2 genannten Mitgliedern der Tag, an dem ihre Beschäftigung endet. Das Mutterschaftsgeld beträgt mindestens 3,50 Deutsche Mark täglich.

(2) Voraussetzung für die Gewährung des Mutterschaftsgeldes ist, daß in der Zeit zwischen dem zehnten und dem vierten Monat einschließlich dieser Monate vor der Entbindung für mindestens sechs Wochen Versicherungspflicht oder ein Arbeitsverhältnis bestanden hat.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für sechs zusammenhängende Wochen vor und sechs zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Entbindung gewährt. Stillende Mütter erhalten das Mutterschaftsgeld nach der Entbindung für acht Wochen, nach Frühgeburten für zwölf Wochen. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der voraussichtliche Tag der Entbindung angegeben ist. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, so verlängert sich die Bezugsdauer entsprechend. In diesem Falle wird über die vorgesehene Gesamtdauer hinaus Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

§ 213

(1) Sonstige Versicherte erhalten, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist, ein wöchentlich nachträglich zahlbares Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes, wenn sie in der Zeit zwischen dem zehnten und dem vierten Monat einschließlich dieser Monate vor der Entbindung min-

destens sechs Wochen versichert waren. § 212 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Wenn und soweit die Versicherte im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld hätte, entfällt der Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

§ 214

(1) Neben Mutterschaftsgeld wird Krankengeld nicht gewährt.

(2) Wenn und soweit Arbeitsentgelt gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld. § 201 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Stirbt die Wöchnerin bei der Entbindung, so wird der in § 210 bezeichnete Betrag an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 215

(1) Der Bund erstattet den Kassen die Hälfte der nachgewiesenen Aufwendungen für das Mutterschaftsgeld nach § 212.

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

V. Familienhilfe

§ 216

(1) Versicherte erhalten für den Ehegatten und die Kinder Familienhilfe, soweit diese Personen nicht anderweit einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der in § 217 Abs. 1 bezeichneten Art haben. Voraussetzung für die Gewährung von Familienhilfe für den Ehegatten ist ferner, daß dessen Erwerbseinkommen die Hälfte der für die Beitragsbemessung festgesetzten Höchstgrenze nicht übersteigt. Voraussetzung für die Gewährung von Familienhilfe für die Kinder ist ferner, daß das Erwerbseinkommen des nichtversicherten Ehegatten die für die Beitragsbemessung festgesetzte Höchstgrenze nicht übersteigt.

(2) Als Kinder gelten

1. die ehelichen Kinder,
2. die in den Haushalt des Versicherten aufgenommenen Stief- und Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten überwiegend unterhalten werden,
3. die für ehelich erklärten Kinder,
4. die an Kindes Statt angenommenen Kinder,
5. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft oder seine Unterhaltungspflicht festgestellt ist,
6. die unehelichen Kinder einer Versicherten.

(3) Familienhilfe wird für Kinder bis zur Vollendung des sechzehnten Lebensjahres, für Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres gewährt. Für Kinder, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, kann die Satzung bestimmen, daß bis zu einem höheren Lebensalter Familienhilfe gewährt wird.

(4) Die Satzung kann Familienhilfe auch für sonstige Angehörige vorsehen, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden. Sieht die Satzung eine solche Bestimmung vor, so kann der Versicherte die Erstreckung der Familienhilfe auf diese Angehörigen beantragen. Er hat dafür Zusatzbeiträge zu zahlen. Die Höhe der Beiträge bestimmt die Satzung. Sie kann Wartezeiten vorsehen.

§ 217

(1) Die Familienhilfe umfaßt

- Vorsorgehilfe,
- Krankenpflege,
- Krankenhauspflege,
- Genesendenfürsorge sowie
- Mutterschaftshilfe.

(2) Diese Leistungen werden, soweit in § 218 nichts anderes bestimmt ist, unter den gleichen Voraussetzungen und in gleichem Umfang wie für Versicherte gewährt.

(3) Ist dem Versicherten oder seinem Ehegatten die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit, Mutterschaft oder einer Vorbeugungs- oder Genesungskur nicht möglich und nach den Umständen des Einzelfalles auf andere Weise nicht sicherzustellen, so kann die Kasse dem Versicherten zu den Kosten einer notwendigen Hauspflege einen Zuschuß gewähren, wenn im Haushalt mindestens ein dem schulpflichtigen Alter noch nicht erwachsenes Kind oder ein pflegebedürftiger Familienangehöriger lebt. Der Zuschuß soll nur gewährt werden, wenn die Hauspflegerin einer Organisation angehört, die einem der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege einschließlich ihrer Untergliederungen, Einrichtungen oder Anstalten angehört oder angeschlossen ist. Die Satzung bestimmt die Höhe und die Höchstdauer des Zuschusses. Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Hauspflegerinnen anderer Träger der Hauspflege erstattet werden.

§ 218

(1) Versicherte erhalten für ihre Angehörigen die in § 180 vorgesehenen Leistungen nur dann, wenn nach ärztlichem Gutachten zu befürchten ist, daß die bisherige Tätigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr ausgeübt werden kann, oder wenn bei Kindern nach ärztlichem Gutachten eine Kur zur Behebung von Entwicklungsstörungen angezeigt erscheint.

(2) Mutterschaftsgeld wird nicht gewährt.

(3) Für die Kostenbeteiligung des Versicherten gilt:

- a) Für Kinder (§ 216 Abs. 2) ist bei ärztlicher Behandlung keine Zuzahlung zu leisten,
- b) bei Krankenhauspflege ist die Hälfte der in § 194 bezeichneten Beträge zu zahlen.

VI. Sterbegeld

§ 219

(1) Beim Tode des Versicherten ist Sterbegeld in Höhe des Betrages zu zahlen, der zuletzt für die Bemessung des monatlichen Beitrages maßgebend war. Es beträgt mindestens 400 Deutsche Mark. Die Satzung kann das Sterbegeld bis zum Eineinhalbfachen der Bemessungsgrundlage erhöhen.

(2) Das Sterbegeld wird an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Ist derjenige, der die Bestattung besorgt hat, nicht der Ehegatte, ein Kind, ein Elternteil, ein Bruder oder eine Schwester, so wird Sterbegeld nur bis zur Höhe der Bestattungskosten gewährt.

(3) Der Anspruch auf Sterbegeld entfällt, soweit Sterbegeld von einem Träger der Unfallversicherung gewährt wird.

§ 220

(1) Versicherte erhalten beim Tode eines Angehörigen, für den ihnen im Zeitpunkt des Todes Familienhilfe zustand, ein Sterbegeld in Höhe des sich aus § 219 ergebenden Betrages. Das Sterbegeld beträgt für Kinder bis zu zwölf Jahren die Hälfte. Bei Totgeburten kann die Satzung ein Sterbegeld zubilligen.

(2) § 219 Abs. 3 gilt.

VII. Gemeinsame Vorschriften

§ 221

(1) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht, soweit nichts anderes bestimmt ist, mit Beginn der Mitgliedschaft (§§ 281 bis 283).

(2) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht für Versicherte, die der Kasse nach § 172 freiwillig beigetreten sind, nach einer Wartezeit von sechs Wochen. Für eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht, ist der Anspruch auf Leistungen ausgeschlossen.

§ 222

Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, regelt die Satzung die Auszahlung von Barleistungen.

§ 223

Für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, können durch Satzungsänderung die Leistungen nicht herabgesetzt werden.

§ 224

(1) Wird ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalles Mitglied einer anderen Kasse, so gilt folgendes:

1. Einmalige Leistungen hat die Kasse zu gewähren, deren Mitglied der Versicherte bei Eintritt des Versicherungsfalles gewesen ist oder die die Leistungen bewilligt hat.
2. Laufende Leistungen übernimmt die neue Kasse mit dem Beginn der Mitgliedschaft.

(2) Die Zeit der bereits bezogenen Leistungen wird angerechnet.

§ 225

(1) Die Zeiten des Bezuges von Krankengeld und Krankenhauspflege werden für die Höchstdauer dieser Leistungen bei derselben Krankheit zusammengerechnet.

(2) Ist ein Anspruch auf Familienhilfe oder auf Sterbegeld nach § 220 gegen mehrere Kassen oder gegen eine Kasse mehrfach begründet, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist die Kasse, die zuerst in Anspruch genommen wird.

§ 226

(1) Freiwillig Versicherte erhalten, vorbehaltlich des Absatzes 2, kein Krankengeld.

(2) Freiwillig Versicherte, die bei Eintritt des Versicherungsfalles in einem Arbeitsverhältnis stehen oder eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, erhalten Krankengeld, wenn sie beim Beitritt zur freiwilligen Versicherung erklärt haben, daß sich die Versicherung auch hierauf erstrecken soll. Geben sie die Erklärung später ab, so wird Krankengeld erst sechs Monate nach Abgabe der Erklärung gewährt. Für eine bei Abgabe der Erklärung bestehende Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld nicht gewährt.

(3) Für Personen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, kann die Satzung bestimmen, daß der Anspruch auf das Krankengeld bis zu vier Wochen, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, ruht.

§ 227

(1) Die Leistungen der Versicherung mit Ausnahme des Sterbegeldes ruhen, solange der Berechtigte

1. sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhält,
2. als Soldat der Bundeswehr oder Ersatzdienstpflichtiger Wehr- oder zivilen Ersatzdienst leistet,
3. eine Freiheitsstrafe verbüßt oder sich in Untersuchungshaft befindet oder auf Grund einer Maßregel der Sicherung und Besserung untergebracht ist,

4. in einer Anstalt dauernd zur Pflege untergebracht ist, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung Krankenpflege erhält,
5. durch richterliche Entscheidung in einem Krankenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt untergebracht oder zurückgehalten wird.

In den Fällen der Nummern 3 bis 5 ist Krankengeld nach § 204 zu gewähren, wenn der Berechtigte durch Krankheit arbeitsunfähig geworden ist. Im Falle der Nummer 3 kann das gesamte Krankengeld abweichend von § 204 Abs. 2 an die Angehörigen gezahlt werden.

(2) Hat der Berechtigte im Geltungsbereich dieses Gesetzes Angehörige, für die ihm Familienhilfe zusteht, so ist diese zu gewähren.

(3) Die Leistungen der Familienhilfe ruhen für einen Angehörigen, bei dem einer der in Absatz 1 Nr. 1, 3 bis 5 bezeichneten Tatbestände vorliegt.

§ 228

(1) Erkrankt ein Versicherter während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes, so erhält er die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Beitrages erstattet, der für die Krankenpflege im Geltungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. In besonderen Fällen kann die Kasse auch Krankengeld gewähren. Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich, so erhält er in entsprechender Anwendung des § 193 Abs. 3 einen Zuschuß; § 204 gilt.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn sich ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalles vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhält. Hat der Versicherte mit Zustimmung der Kasse den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlassen, so ruht der Anspruch auf Krankengeld nicht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäß, wenn sich Angehörige von Versicherten, für die ihnen Familienhilfe zusteht, vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

(4) Ansprüche nach den Absätzen 1 bis 3 gehen auf den Bund über, soweit seine Auslandsvertretungen für notwendige Krankenpflege oder Krankenhauspflege Versicherten oder ihren Angehörigen, für die ihnen Familienhilfe zusteht, Mittel gewährt haben.

§ 229

§ 228 gilt entsprechend für die Mutterschaftshilfe, wenn Versicherte oder Angehörige von Versicherten, für die ihnen Familienhilfe zusteht, sich nach Eintritt der Schwangerschaft vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

§ 230

(1) Erkrankt ein versicherter Arbeitnehmer während seiner Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes, so erhält er die ihm bei

seiner Kasse zustehenden Leistungen der Krankenhilfe vom Arbeitgeber. Dieser hat binnen einer Woche den Eintritt des Versicherungsfalles der Kasse mitzuteilen und soll deren Wünsche wegen der Art der Hilfeleistung tunlichst befolgen; die Kasse kann die Hilfeleistung selbst übernehmen.

(2) Die Kasse hat dem Arbeitgeber die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Beitrages zu erstatten, der für die Krankenhilfe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. Für die Höhe des Zuschusses bei Krankenhauspflege gilt § 193 Abs. 3 entsprechend.

§ 231

(1) Der Anspruch auf Leistungen endet, soweit nichts anderes bestimmt ist, mit dem Ende der Mitgliedschaft.

(2) Versicherte, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, behalten den Anspruch auf die Leistungen bis zu drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse, wenn der Versicherungsfall innerhalb von drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Für die Höhe des Krankengeldes gilt § 199 Abs. 2 entsprechend.

§ 232

Hat die Kasse für eine Person nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen und stellt sich nach dem Eintritt des Versicherungsfalles heraus, daß die Person weder versicherungspflichtig noch zur freiwilligen Versicherung berechtigt gewesen ist, so muß ihr die Kasse gleichwohl die Leistungen gewähren.

§ 233

(1) Ansprüche auf Kassenleistungen verjähren in zwei Jahren nach der Entstehung.

(2) Gegen Ansprüche des Berechtigten dürfen nur aufgerechnet werden Ansprüche der Kasse auf

1. Zahlung geschuldeter Beiträge,
2. Rückzahlung von Vorschüssen,
3. Erstattung von zu Unrecht gezahlten Leistungen,
4. Erstattung von Verfahrenskosten,
5. Zahlung von Ordnungsstrafen oder Zwangsgeld,
6. Herausgabe einer von einem Dritten an den Berechtigten bewirkten Leistung, die der Kasse gegenüber wirksam ist.

(3) Gegen Ansprüche des Berechtigten darf die Kasse auch Ansprüche auf Zahlung geschuldeter Beiträge aufrechnen, die sie für andere Träger der Sozialversicherung einzuziehen hat.

(4) Gegen Ansprüche auf Krankengeld darf nur bis zur Hälfte des Krankengeldes aufgerechnet werden.

DRITTER ABSCHNITT

Träger der Versicherung

A. Arten der Krankenkassen

§ 234

Träger der Krankenversicherung sind

- die Ortskrankenkassen,
- die Landkrankenkassen,
- die Betriebskrankenkassen,
- die Innungskrankenkassen,
- die Ersatzkassen,
- die See-Krankenkasse sowie
- die Knappschaften.

I. Ortskrankenkassen

§ 235

(1) Ortskrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet.

(2) Ortskrankenkassen sind in der Regel für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise zu errichten.

(3) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann anordnen, daß für die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise nur eine Ortskrankenkasse errichtet wird; sie kann ihre Anordnung ändern oder widerrufen.

§ 236

(1) Ortskrankenkassen werden durch Beschluß der Gemeinde, des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise errichtet.

(2) Wird eine Ortskrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet, so errichtet sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

§ 237

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann nach Anhörung der beteiligten Kassen bestimmen, daß eine Ortskrankenkasse mit einer anderen Ortskrankenkasse vereinigt wird, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch bei Erhebung eines Beitrages von zwölf vom Hundert der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Dauer nicht gesichert erscheint.

II. Landkrankenkassen

§ 238

(1) Landkrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ordnet an, für welche Bezirke Landkrankenkassen errichtet werden; sie kann ihre Anordnung ändern.

§ 239

(1) Landkrankenkassen werden durch Beschluß des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise errichtet.

(2) Wird eine Landkrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet, so errichtet sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

§ 240

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann bestimmen, daß eine Landkrankenkasse mit einer anderen Landkrankenkasse vereinigt wird, wenn

1. die Zahl der Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 1000 beträgt oder
2. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit trotz Erhebung eines Beitrages von zwölf vom Hundert der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Dauer nicht gesichert erscheint.

(2) Ist die Vereinigung nicht möglich, so wird die Landkrankenkasse geschlossen.

III. Betriebskrankenkassen

§ 241

(1) Ein Arbeitgeber kann für einen Betrieb oder für mehrere Betriebe, in denen regelmäßig insgesamt mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt werden, eine Betriebskrankenkasse errichten. Das gleiche Recht haben die Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände und der Gemeinden für ihre Dienstbetriebe. Bei Betrieben, die ihrer Art nach alljährlich regelmäßig eingeschränkt oder zeitweilig eingestellt werden (Saisonbetriebe), muß die Mindestzahl zwei Monate vorhanden sein.

(2) Sofern besondere Verhältnisse die Errichtung einer Betriebskrankenkasse angezeigt erscheinen lassen, kann für Kassen, die nach Errichtung landesunmittelbar werden, die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, für Kassen, die nach Errichtung bundesunmittelbar werden, das Bundesversicherungsamt auf Antrag des Arbeitgebers eine geringere Mindestzahl festsetzen oder die Errichtung einer Betriebskrankenkasse für Betriebe mehrerer Arbeitgeber zu lassen, wenn diese Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden.

(3) Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Kosten für die Personen zu tragen, die für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlich sind.

(4) Soweit ein Arbeitgeber einer Innung angehört, die eine Innungskrankenkasse hat, kann er für die versicherungspflichtig Beschäftigten, die der Innungskrankenkasse angehören müssen, keine Betriebskrankenkasse errichten.

(5) Eine Betriebskrankenkasse darf nicht errichtet werden, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht gesichert erscheint oder wenn durch die Errichtung die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen unter 5000 sinken würde; die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Mitglieder bleiben außer Betracht.

(6) Die Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse kann dem Arbeitgeber versagt werden, wenn eine Betriebskrankenkasse seines Betriebes nach § 246 Nr. 2 geschlossen worden ist.

§ 242

(1) Mehrere Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers können durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden.

(2) Sofern besondere Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, kann die nach § 241 Abs. 2 zuständige Stelle zulassen, daß auch Betriebskrankenkassen für Betriebe verschiedener Arbeitgeber, die organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden, durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer Betriebskrankenkasse vereinigt werden.

§ 243

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Verlangen des Arbeitgebers durch Änderung der Satzung auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers erstreckt werden. § 241 Abs. 2 bis 5, §§ 258, 259 Abs. 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 244

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer in anderen Besitz über, so kann jeder beteiligte Arbeitgeber die Ausscheidung beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, so kann jeder beteiligte Arbeitgeber die Ausscheidung ihm gehöriger Betriebe aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen. Der Antrag kann abgelehnt werden, wenn durch die Ausscheidung die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkasse unter 450 sinken würde oder wenn bei dem Betrieb, dessen Ausscheidung beantragt wird, die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als in den übrigen Betrieben.

§ 245

Eine Betriebskrankenkasse ist auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufzulösen.

§ 246

Eine Betriebskrankenkasse wird geschlossen, wenn

1. die Betriebe eingehen, für die sie errichtet worden ist,
2. der Arbeitgeber nicht für ordnungsmäßige Geschäfts- und Rechnungsführung sorgt,
3. sie nicht hätte errichtet werden dürfen,
4. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 150 beträgt,
5. der Arbeitgeber mit den Betrieben Mitglied einer Innung wird, die eine Innungskrankenkasse hat, der die Versicherungspflichtigen der Betriebe angehören müssen,
6. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

IV. Innungskrankenkassen

§ 247

(1) Eine Handwerksinnung oder mehrere Handwerksinnungen einer Kreishandwerkerschaft gemeinsam können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder eine Innungskrankenkasse errichten, wenn in den Betrieben regelmäßig mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt werden.

(2) Sofern besondere Verhältnisse die Errichtung einer Innungskrankenkasse angezeigt erscheinen lassen, kann die nach § 241 Abs. 2 zuständige Stelle auf Antrag eine geringere Mindestzahl festsetzen.

(3) Eine Innungskrankenkasse kann auf eine andere Innung auf deren Verlangen durch Änderung der Satzung erstreckt werden, wenn die andere Innung ihren Sitz innerhalb des Bezirks derselben Kreishandwerkerschaft hat. Die §§ 258, 259 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Eine Innungskrankenkasse darf nicht errichtet oder nach Absatz 3 erstreckt werden, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht gesichert erscheint oder wenn dadurch die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen unter 5000 sinken würde; die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Mitglieder bleiben außer Betracht.

§ 248

(1) Innungskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer Kreishandwerkerschaft können durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigt werden.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Innungen vereinigen.

§ 249

Eine Innung kann die Ausscheidung aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. Der Antrag kann abgelehnt werden, wenn durch die

Ausscheidung die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder der Innungskrankenkasse unter 450 sinken würde oder wenn bei der Innung, deren Ausscheidung beantragt wird, die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als bei den übrigen der Kasse angeschlossenen Innungen.

§ 250

Eine Innungskrankenkasse ist auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufzulösen.

§ 251

Eine Innungskrankenkasse wird geschlossen, wenn

1. die Innung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Innungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen,
3. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 150 beträgt,
4. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

V. Ersatzkassen

§ 252

(1) Als Ersatzkassen sind die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes tätigen Ersatzkassen zugelassen.

(2) Eine Ersatzkasse darf nur solche Personen aufnehmen, die im Zeitpunkt der Aufnahme zu dem Mitgliederkreis gehören und in dem Bezirk wohnen, für den sie zugelassen ist.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zulassen, daß Mitgliederkreis und Bezirk geändert werden, wenn sich die Berufsbilder von Mitgliedern wandeln oder eine Änderung des Bezirks durch Abwanderung eines nicht unerheblichen Teils von Mitgliedern notwendig erscheint.

(4) Mitgliederwerbung ist nur insoweit zulässig, als sie den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entgegensteht.

§ 253

Eine Ersatzkasse ist auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufzulösen.

§ 254

Eine Ersatzkasse wird geschlossen, wenn

1. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 1000 beträgt oder
2. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

VI. See-Krankenkasse

§ 255

(1) Die See-Krankenkasse wird für den Geltungsbereich dieses Gesetzes errichtet.

(2) Die Organe der Seekasse sind Organe der See-Krankenkasse. Die Geschäftsführung der Seekasse führt zugleich die Geschäfte der See-Krankenkasse.

VII. Knappschaften

§ 256

Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sind die Knappschaften.

B. Verfahren bei Errichtung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen

I. Errichtung

§ 257

(1) Die Gemeinde, der Landkreis oder die beteiligten Gemeinden oder Landkreise haben den Beschluß über die Errichtung einer Ortskrankenkasse oder einer Landkrankenkasse der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes mitzuteilen. Dem Beschluß muß in den Fällen des § 235 Abs. 3 und des § 238 Abs. 2 die Anordnung vorausgehen.

(2) Die Gemeinde, der Landkreis oder die beteiligten Gemeinden oder Landkreise legen der für die zu errichtende Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde eine vorläufige Satzung zur Genehmigung vor. Sie machen ferner Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe.

(3) Die Aufsichtsbehörde beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse ihre Tätigkeit aufnimmt.

§ 258

Die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen bedarf der Genehmigung der nach Errichtung der Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde.

§ 259

(1) Betriebskrankenkassen dürfen nur errichtet werden, wenn die Mehrheit der abstimmenden volljährigen Arbeitnehmer, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen, zustimmt.

(2) Innungskrankenkassen dürfen nur errichtet werden, wenn die Innungsversammlungen und Gesellenausschüsse aller beteiligten Innungen zustimmen.

(3) Das für den Sitz des Betriebes oder der Innung zuständige Versicherungsamt leitet die Abstimmung.

(4) Die Abstimmung ist geheim.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für das Abstimmungsverfahren erforderlichen Vorschriften.

§ 260

(1) Die Arbeitgeber oder die Innungen legen der nach Errichtung der Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde eine vorläufige Satzung zur Genehmigung vor; sie machen ferner Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe.

(2) Die nach Absatz 1 zuständige Stelle beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt.

II. Vereinigung

§ 261

(1) Werden Kassen nach den §§ 237, 240 Abs. 1, 248 Abs. 2 vereinigt, so haben sie eine vorläufige Satzung zur Genehmigung und Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe der nach Vereinigung der Kassen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Die Aufsichtsbehörde setzt die vorläufige Satzung fest und bestellt die Mitglieder der vorläufigen Organe, wenn die beteiligten Kassen ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nicht innerhalb einer von ihr bestimmten Frist nachkommen.

(2) Wird die Vereinigung von Kassen nach den §§ 242, 248 Abs. 1 beschlossen, so legen die beteiligten Kassen eine vorläufige Satzung zur Genehmigung und einen Vorschlag für die Berufung der vorläufigen Organe der nach Absatz 1 zuständigen Stelle vor. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(3) Mit dem Zeitpunkt, mit dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt, sind die bisherigen Kassen geschlossen. Die neue Kasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Kassen ein.

(4) Ergibt die Vermögensrechnung einer der beteiligten Kassen einen Fehlbetrag, so haben die nach § 330 Zuschußpflichtigen für den Fehlbetrag einzutreten.

III. Ausscheidung, Auflösung, Schließung

§ 262

Über den Antrag auf Ausscheidung und Auflösung und über die Schließung entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie setzt den Zeitpunkt fest, zu dem die Ausscheidung, Auflösung oder Schließung wirksam wird.

§ 263

(1) Treten wegen der Ausscheidung eines Betriebes oder einer Innung aus einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wegen der Änderung des Bezirks einer Kasse oder eines Verwaltungsbezirks oder wegen der Errichtung einer Landkrankenkasse Mitglieder einer Kasse zu einer anderen Kasse über, so findet eine Auseinandersetzung statt.

(2) Bei der Ausscheidung kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn die beteiligten Kassen dies beantragen. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Kasse.

§ 264

(1) Die Kasse, aus der ausgeschieden wird, hat einen Rechnungsabschluß zu dem Tag aufzustellen, an dem die Änderung wirksam wird.

(2) Das Reinvermögen ist anteilmäßig für alle Mitglieder zu berechnen und an die aufnehmende Kasse nach der Zahl der übertretenden Mitglieder zu übertragen.

§ 265

(1) Die Aufsichtsbehörde leitet die Auseinandersetzung. Sie lädt die Vertreter der beteiligten Kassen ein und entscheidet über die Auseinandersetzung. Sie soll die Vereinbarung der beteiligten Kassen zugrunde legen.

(2) Bei der Auseinandersetzung sollen sich die beteiligten Kassen auch über die zu übernehmenden Bediensteten einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so setzt die Aufsichtsbehörde die Zahl fest.

§ 266

Den Bediensteten muß bei der aufnehmenden Kasse eine ähnliche oder, wenn dies nicht möglich ist, eine andere Beschäftigung geboten werden, die nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht. Die Bezüge dürfen durch den Übertritt nicht gemindert werden.

§ 267

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

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht binnen drei Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden; hierauf ist in der Bekanntmachung hinzuweisen. Bekannte Gläubiger sind unter demselben Hinweis zur Anmeldung besonders aufzufordern. Für Ansprüche aus der Versicherung gelten diese Vorschriften nicht.

§ 268

(1) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, so ist es auf die Kassen zu ver-

teilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder.

(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, so hat der nach § 330 Zuschußpflichtige für den Fehlbetrag einzutreten.

IV. Anhörung der Ortskrankenkassen

§ 269

Bevor die Errichtung und Erstreckung von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen genehmigt wird, sind die betroffenen Ortskrankenkassen zu hören. Dies gilt auch, wenn aus Betriebs- oder Innungskrankenkassen Betriebe oder Innungen ausgeschieden werden.

VIERTER ABSCHNITT

Verfassung

I. Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

§ 270

(1) Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungsortes, wenn nicht nach den folgenden Vorschriften eine andere Kasse zuständig ist.

(2) Versicherungspflichtige in Baubetrieben sind Mitglieder der für den Betriebssitz zuständigen Ortskrankenkasse, wenn

1. der Arbeitgeber dies beantragt,
2. die Lohnabrechnung für alle Beschäftigten am Betriebssitz durchgeführt wird und
3. die nach Absatz 1 an sich zuständige Ortskrankenkasse zustimmt.

§ 271

(1) Mitglieder der Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsortes sind Versicherungspflichtige, die in Unternehmen beschäftigt sind, die von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfaßt werden, die im Wandergewerbe beschäftigten Versicherungspflichtigen, ferner die Hausgehilfen, soweit nicht § 343 etwas anderes bestimmt.

(2) Die in Absatz 1 genannten Versicherungspflichtigen sind Mitglieder der Ortskrankenkasse, wenn eine Landkrankenkasse nicht besteht.

§ 272

Mitglieder der Betriebskrankenkasse sind die im Betrieb beschäftigten Versicherungspflichtigen, so-

weit sie nicht einer Innungskrankenkasse angehören müssen.

§ 273

(1) Mitglieder der Innungskrankenkasse sind die in den Betrieben der Innungsmitglieder beschäftigten Versicherungspflichtigen, soweit sie nicht der Landkrankenkasse angehören müssen.

(2) Verlegt ein Innungsmitglied seinen Gewerbebetrieb aus dem Kassenbereich hinaus, so endet die Mitgliedschaft der bei ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Innungskrankenkasse.

§ 274

(1) Versicherungspflichtige, die zu dem Mitgliederkreis gehören und in dem Bezirk wohnen, für den eine Ersatzkasse zugelassen ist, können die Mitgliedschaft bei dieser Ersatzkasse wählen. In diesem Falle finden die §§ 270 bis 273 keine Anwendung, wenn sie dem Arbeitgeber eine Bescheinigung ihrer Ersatzkasse über die Mitgliedschaft ausgehändigt haben. Wird die Bescheinigung innerhalb einer Woche nach Beginn der Beschäftigung ausgehändigt, so finden die §§ 270 bis 273 vom Beginn der Beschäftigung an keine Anwendung.

(2) Mitglied seiner Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu dem Mitgliederkreis verliert oder aus dem Bezirk verzieht, für den die Ersatzkasse zugelassen ist.

(3) Gehören Versicherungspflichtige zu dem Mitgliederkreis und wohnen sie in dem Bezirk, für den die Ersatzkasse zugelassen ist, so darf der Beitritt nicht verwehrt werden.

(4) Die Ersatzkasse ist verpflichtet, die Bescheinigung nach Absatz 1 ihren Mitgliedern auf Antrag unverzüglich kostenlos auszustellen.

§ 275

Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. die Besatzungsmitglieder deutscher Seefahrzeuge,
2. Seeleute von Beruf, die nicht in einem Heerverhältnis stehen, solange sie vorübergehend auf einem deutschen Seefahrzeug in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,
3. Seemannslehrlinge in der Vorausbildung,

wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind und zu den Versicherungspflichtigen gehören.

§ 276

(1) Arbeitslose sind Mitglieder der Kasse, der sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor Eintritt der Arbeitslosigkeit angehört haben, wenn diese Kasse örtlich zuständig ist, es sei denn, daß der Arbeitslose mit dem Antrag auf Arbeitslosengeld oder auf Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe erklärt, nicht Mitglied dieser Kasse sein zu wollen.

(2) Örtlich zuständig ist eine Kasse, wenn ihr Bereich den für die Zuständigkeit des Arbeitsamtes (§§ 170 und 171 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) maßgebenden Wohn- und Aufenthaltsort des Arbeitslosen umfaßt.

(3) Im übrigen sind Arbeitslose Mitglieder der Ortskrankenkasse, deren Bezirk den für die Zuständigkeit des Arbeitsamtes maßgebenden Wohn-, Aufenthalts- oder Beschäftigungsort des Arbeitslosen (§§ 170 und 171 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) umfaßt.

(4) Übt ein Arbeitsloser während des Bezuges des Hauptbetrages eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung aus, so ist für die Krankenversicherung auf Grund dieser Beschäftigung dieselbe Kasse zuständig, bei der er während des Bezuges des Hauptbetrages für den Fall der Krankheit versichert ist.

(5) Empfänger von Stilllegungsvergütung sind Mitglieder der Kasse, der sie bei Beginn der Stilllegung angehören.

§ 277

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 genannten Versicherten gehören der Kasse an, bei der sie zuletzt vor Stellung des Rentenanspruches Mitglied waren.

(2) Nimmt eine der in Absatz 1 genannten Personen eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, so wird sie Mitglied der hierfür zuständigen Kasse; sie bleibt nach Beendigung dieser Beschäftigung Mitglied dieser Kasse, wenn sie mindestens zwölf Monate ununterbrochen Mitglied war.

(3) Gehört eine der in Absatz 1 genannten Personen einer Ortskrankenkasse an, so kann sie die Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse beantragen, die für ihren Wohnort zuständig ist.

(4) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherten gehören der Kasse an, der der Verstorbene, von dem sie ihre Rentenberechtigung ableiten, angehören würde. Beziehen sie mehrere Hinterbliebenenrenten, so gehören sie der Kasse an, die bei Stellung des ersten Rentenanspruches zuständig ist. Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. Werden die Rentenansprüche gleichzeitig gestellt, so kann der Versicherte unter den zuständigen Kassen wählen.

(5) Wird eine Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse neu errichtet, so gehören ihr auch die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 genannten Versicherungspflichtigen an, die zuletzt vor Stellung des Rentenanspruches in Betrieben beschäftigt waren, für die die Kasse errichtet wird; dies gilt auch für die in § 166 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungspflichtigen, wenn die Person, von der sie ihre Rentenberechtigung ableiten, zuletzt in einem dieser Betriebe beschäftigt war.

§ 278

Die bei einer Kasse beschäftigten Versicherungspflichtigen sind Mitglieder dieser Kasse.

§ 279

Stehen Versicherte gleichzeitig in Arbeitsverhältnissen, für die verschiedene Kassen zuständig wären, so richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung. Das gilt entsprechend, wenn Versicherte gleichzeitig in einem Arbeitsverhältnis und in Heimarbeit stehen. Im Zweifel ist das Versicherungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.

§ 280

(1) Versicherungsberechtigte können Mitglied der Kasse werden, der sie angehören würden oder angehören könnten, wenn sie versicherungspflichtig wären. Die in § 173 genannten Personen können der Kasse beitreten, der der versicherte Ehegatte angehört hat. Im übrigen können sie der Ortskrankenkasse ihres Wohnortes beitreten.

(2) Freiwillig Versicherte können zu der Kasse übertreten, der sie angehören würden, wenn sie versicherungspflichtig wären.

II. Mitgliedschaft

§ 281

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, mit Ausnahme der in den Absätzen 2 bis 4 genannten Personen, beginnt mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tage, an dem erstmals oder nach Ausscheiden aus der Versicherung erneut Arbeit ausgegeben wird.

(3) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag, für den der Hauptbetrag gewährt wird.

(4) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tage der Stellung des Rentenanspruches.

(5) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bei Ersatzkassen beginnt im Falle des § 274 Abs. 1 Satz 3 mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung, im übrigen mit dem Ersten des auf die Beitrittserklärung folgenden Kalendermonats.

§ 282

Die Mitgliedschaft bei einer neuerrichteten Kasse beginnt für Versicherungspflichtige, die in diese Kasse gehören, mit dem Tage, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt.

§ 283

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Kasse.

(2) Der Beitritt geschieht durch schriftliche Erklärung. Macht die Satzung das Recht zum Beitritt

von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig, so muß dieses der Erklärung beigelegt sein.

(3) Die Mitgliedschaft der in § 173 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tode des Versicherten oder mit dem Eintritt der Rechtskraft des Urteils, durch das die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden ist.

§ 284

(1) Die Mitgliedschaft endet, sofern nichts anderes bestimmt ist,

1. mit dem Tode des Versicherten,
2. mit dem Ende des Tages, an dem die Voraussetzungen der Versicherungspflicht entfallen, wenn der Versicherte von dem Recht nach § 171 keinen Gebrauch macht,
3. wenn der Versicherte Mitglied einer anderen Kasse wird,
4. mit dem Ende des letzten Zahltages (§ 314 Abs. 3), wenn der freiwillig Versicherte für zwei aufeinanderfolgende Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweis auf die Folgen nicht entrichtet hat,
5. mit dem Ende des letzten Tages des Monats, in dem der freiwillig Versicherte den Austritt erklärt,
6. wenn die freiwillige Versicherung erlischt.

(2) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 endet die Mitgliedschaft bei Entzug der Rente mit dem Ende des Tages, an dem der Entziehungsbescheid unanfechtbar geworden ist.

§ 285

(1) Endet die Versicherungspflicht nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, so bleibt die Mitgliedschaft erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder nur deswegen entfällt, weil ein Träger der Unfallversicherung Verletztengeld oder Heilanstaltspflege oder ein Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld gewährt.

(2) Übt eine Versicherte keine versicherungspflichtige Beschäftigung aus, weil während ihrer Schwangerschaft das Arbeitsverhältnis zulässig gekündigt oder sie unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, so bleibt die Mitgliedschaft bis zu dem Zeitpunkt erhalten, an dem der Anspruch auf Mutterschaftsgeld endet.

§ 286

Endet die Versicherungspflicht wegen Einberufung zum Wehrdienst oder zivilen Ersatzdienst, so bleibt die Mitgliedschaft bis zum Ende des Grundwehrdienstes, der Wehrübung oder des zivilen Ersatzdienstes erhalten.

§ 287

Die Mitgliedschaft von Versicherungspflichtigen bleibt längstens für drei Wochen erhalten, wenn

und solange das Arbeitsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht.

§ 288

(1) Als Mitglieder gelten

1. Versicherungspflichtige, für die die Kasse nach vorschriftsmäßiger Anmeldung unbeanstandet Beiträge angenommen hat, solange sich ihr Beschäftigungsverhältnis nicht ändert und solange nicht unanfechtbar entschieden ist, daß diese Kasse nicht zuständig ist,
2. Personen, die während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der Krankenversicherung pflichtversichert waren und eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug der Rente zu erfüllen,
3. Hinterbliebene von Personen, die während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der Krankenversicherung pflichtversichert waren, wenn die Hinterbliebenen eine Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, ohne die Voraussetzungen für den Bezug der Rente zu erfüllen.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage der Stellung des Rentenanspruches; sie endet mit dem Ablauf des Monats, in dem die Ablehnung des Rentenanspruches unanfechtbar geworden ist. § 166 Abs. 2 gilt entsprechend. Wird ein Rechtsbehelf gegen die Ablehnung des Rentenanspruches zurückgenommen, so endet die Mitgliedschaft mit dem Tage der Rücknahme.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 gilt § 277 entsprechend.

III. Satzung

§ 289

- (1) Jede Kasse muß eine Satzung haben.
- (2) Die Satzung muß bestimmen über
 1. Namen und Sitz der Kasse,
 2. Bezirk der Kasse und Kreis der Mitglieder,
 3. Art und Umfang der Leistungen,
 4. Höhe und Zahlung der Beiträge,
 5. Zahl der Mitglieder der Organe,
 6. Rechte und Pflichten der Organe,
 7. Höhe der Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes,

8. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
9. Aufstellung des Haushaltsplanes,
10. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
11. Melde- und Zahlstellen und deren Bezeichnung,
12. Art der Bekanntmachungen,
13. Änderung der Satzung,
14. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle.

§ 290

Die Satzung darf nichts bestimmen, was den Zwecken der gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht. Sie darf Leistungen nur insoweit vorsehen, als sie dieses Buch zuläßt.

§ 291

(1) Die Satzung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung oder, wo dies das Gesetz ausdrücklich bestimmt, der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

(2) Bestimmungen nach § 289 Abs. 2 Nr. 4 und 7 bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

§ 292

(1) Ergibt sich nachträglich, daß eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, so ordnet die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung an.

(2) Beschließt die Vertreterversammlung nicht binnen einer von der Aufsichtsbehörde bestimmten Frist die angeordnete Änderung, so vollzieht sie die Aufsichtsbehörde.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.

§ 293

(1) Jedes Mitglied erhält auf Antrag unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft, das Recht der Weiterversicherung, die von der Kasse zu gewährenden Leistungen, die Beiträge, zulässige Rechtsbehelfe und die geltende Krankenordnung. Ebenso erhalten dieses Merkblatt auf Antrag Arbeitgeber, die Mitglieder beschäftigen.

(2) Die Mitglieder und Arbeitgeber sind berechtigt, einen Abdruck der geltenden Satzung in den Geschäftsräumen der Kasse während der üblichen Geschäftsstunden einzusehen.

IV. Rechte und Pflichten der Organe

§ 294

(1) Der Vorstand verwaltet die Kasse, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

(2) Der Vorstand beschließt über alles, was nicht Gesetz oder Satzung der Vertreterversammlung zuweist.

§ 295

- (1) Der Vertreterversammlung bleibt vorbehalten,
 1. den Haushaltsplan aufzustellen,
 2. die Jahresrechnung abzunehmen,
 3. die Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern zu vertreten,
 4. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
 5. die Krankenordnung aufzustellen und zu ändern,
 6. die Satzung zu beschließen und zu ändern,
 7. über die Auflösung der Kasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Kassen zu beschließen,
 8. über die Widerspruchsstelle zu bestimmen.

(2) Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 6 und 7 bedürfen der Mehrheit sowohl der Versicherten als der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung. Dies gilt nicht für Ersatzkassen.

(3) Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 5 bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

FUNFTER ABSCHNITT

Meldungen, Aufbringung und
Verwaltung der Mittel

I. Meldungen

§ 296

(1) Der Arbeitgeber hat der Kasse die für die Durchführung der Versicherung der von ihm Beschäftigten erforderlichen Meldungen innerhalb von drei Tagen zu erstatten. Die Kasse kann in besonderen Fällen mit dem Arbeitgeber eine längere Meldefrist vereinbaren; sie darf sieben Tage nicht überschreiten.

(2) Soweit die Kassen Beiträge für andere Versicherungszweige einziehen, sind die hierfür erforderlichen Meldungen zusammen mit den Meldungen nach Absatz 1 zu erstatten.

(3) Die Ersatzkassen haben den Arbeitgebern das Ausscheiden von versicherungspflichtigen Mitgliedern aus der Kasse unverzüglich anzuzeigen. Unterläßt die Ersatzkasse die unverzügliche Anzeige, so haftet sie der zuständigen Kasse für den Beitragsausfall.

§ 297

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragen, haben mit dem Antrag eine Meldung für die zuständige Kasse einzureichen. Der zuständige Träger der Rentenversicherung hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Kasse weiterzugeben.

(2) Nimmt einer der in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherten eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Kasse zuständig ist, so hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Kasse dies der bisher zuständigen Kasse und dem Träger der Rentenversicherung mitzuteilen. Dies gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet.

(3) Beginn, Ruhen und Ende des Rentenbezuges sowie die unanfechtbar gewordene Ablehnung des Rentenanspruches hat der Träger der Rentenversicherung der Kasse unverzüglich mitzuteilen.

§ 298

(1) Bei Arbeitslosen (§ 166 Abs. 1 Nr. 3) sind der Kasse die erforderlichen Meldungen vom Arbeitsamt zu erstatten. Die Kasse kann mit dem Arbeitsamt vereinbaren, daß sich die Meldungen auf die Zahl der Empfänger des Hauptbetrages in bestimmten Zeitabständen beschränken und im übrigen durch die Meldekarte ersetzt werden, die das Arbeitsamt den Arbeitslosen ausstellt.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Stilllegungsvergütung (§ 166 Abs. 1 Nr. 4).

§ 299

Versicherte, die zum Grundwehrdienst, zu Wehrübungen oder zum zivilen Ersatzdienst einberufen werden, haben den Beginn der Dienstleistung unter Vorlage des Einberufungsbescheides ihrer bisher zuständigen Kasse zu melden. Diese bestätigt die Meldung auf dem Einberufungsbescheid. Die vom Bundesminister für Verteidigung, in den Fällen des zivilen Ersatzdienstes vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmten Dienststellen bestätigen der zuständigen Kasse Beginn und Ende der Dienstleistung.

§ 300

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Form und Inhalt der Meldungen nach §§ 296 bis 299 sowie über Ausnahmen von der Meldepflicht zu bestimmen.

§ 301

Freiwillig Versicherte haben die erforderlichen Meldungen nach näherer Bestimmung der Satzung selbst zu erstatten.

II. Aufbringung der Mittel und Bemessung der Beiträge

§ 302

(1) Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch Beiträge aufgebracht.

(2) Die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den anderen Einnahmen für die zulässigen Ausgaben der Kasse und für die Auffüllung der gesetzlichen Rücklage und der Betriebsmittel ausreichen.

§ 303

(1) Die Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten werden je zur Hälfte von ihnen und ihren Arbeitgebern (Auftraggebern) getragen. Für Versicherte, deren monatliches Entgelt ein Zehntel der für die Beitragsbemessung in der Rentenversicherung der Arbeiter festgesetzten Grenze nicht übersteigt, tragen die Arbeitgeber die Beiträge allein.

(2) Für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten, die Mitglieder von Ersatzkassen sind, haben die Arbeitgeber den Beitragsanteil zu tragen, der bei der Kasse zu zahlen wäre, der die Versicherten ohne die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse angehören würden.

(3) Mitglieder nach § 287 haben für jeden Fehltag, an dem sie ohne Fortzahlung des Entgelts beurlaubt sind oder unentschuldigt der Arbeit fernbleiben, einen Beitrag in Höhe von einem Dreißigstel des letzten monatlichen Beitrags allein zu tragen. Dies gilt entsprechend für die in § 285 Abs. 2 genannten Mitglieder.

§ 304

(1) Die Beiträge sind nach der Bestimmung der Satzung in Vomhundertsätzen des Entgelts oder des Mittelbetrags der Lohnstufen festzusetzen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Lohnstufen fest.

(2) Für die Berechnung der Beiträge wird das in einem Kalendermonat erzielte Entgelt bis zur Höhe von 660 Deutsche Mark berücksichtigt. Sind Beiträge nicht für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, so wird für die Beitragsberechnung das Entgelt nur bis zur Höhe von 22 Deutsche Mark je Kalendertag berücksichtigt.

(3) Bei der Berechnung der Beiträge bleibt das Entgelt aus einer Nebenbeschäftigung außer Betracht, wenn es die in § 169 Nr. 1 bezeichneten Grenzen nicht übersteigt oder die Nebenbeschäftigung auf die in § 169 Nr. 2 bezeichneten Zeiträume beschränkt ist.

§ 305

(1) Beiträge sind nicht zu entrichten, solange die Mitgliedschaft nach § 285 Abs. 1 erhalten bleibt. Dies gilt auch für freiwillig Versicherte, solange sie Anspruch auf Krankengeld haben.

(2) Beiträge sind ferner nicht zu entrichten, solange eine Versicherte Mutterschaftsgeld erhält.

§ 306

Die Kasse kann eine höhere Bemessung des Beitragsanteils des Arbeitgebers für einzelne Betriebe festsetzen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher als im Durchschnitt der Kasse ist. Die Festsetzung bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

§ 307

Erstattet ein Arbeitgeber trotz Aufforderung die nach § 296 erforderlichen Meldungen innerhalb einer von der Kasse festgesetzten Frist nicht, so kann für seine Beschäftigten bis zur ordnungsmäßigen Meldung der Beitrag in der Höhe festgesetzt werden, der für Versicherte der gleichen Art in Betrieben gleicher Art erhoben wird.

§ 308

(1) Ruht der Anspruch auf Krankengeld, weil der Versicherte während der Krankheit Anspruch auf Arbeitsentgelt hat, so hat die Satzung die Beiträge entsprechend zu kürzen. Dies gilt auch für freiwillig Versicherte, deren Versicherung sich nicht auf Krankengeld erstreckt oder deren Anspruch auf Krankengeld nach § 226 Abs. 3 ruht.

(2) Die Satzung hat die Beiträge entsprechend zu kürzen, wenn der Anspruch auf Leistungen nach § 227 Abs. 1 Nr. 1, 3 bis 5 für mindestens drei Monate ruht. Der Beitrag ist während des Ruhens des Anspruchs zu kürzen.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten der Bundeswehr.

§ 309

(1) Die Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 3 und 4 genannten Versicherten trägt die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung. Sie trägt ferner Beiträge für Bezieher von Kurzarbeitergeld; § 303 bleibt unberührt.

(2) An die Stelle des Entgelts oder des Mittelbetrags der Lohnstufen tritt

bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Stilllegungsvergütung und Kurzarbeitergeld das 1,8fache des Betrages des Arbeitslosengeldes, der Stilllegungsvergütung oder des Kurzarbeitergeldes,

bei Empfängern von Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe das 2,1fache des Betrages der Unterstützung,

auf den die Versicherten Anspruch haben.

§ 310

Die Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherten tragen die Träger der Rentenversicherung. Die Beiträge werden berechnet nach dem der Beitragsbemessung zugrunde liegen-

den durchschnittlichen monatlichen Arbeitsentgelt der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten der Kasse; es ist um 15 vom Hundert zu kürzen. Der Berechnung des durchschnittlichen monatlichen Arbeitsentgelts sind die Ergebnisse des zweiten und dritten Vierteljahres des letzten Geschäftsjahres zugrunde zu legen. Als Beitragssatz ist der für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld geltende Beitragssatz, bei den Ersatzkassen für Angestellte der für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten ohne sofortigen Anspruch auf Krankengeld geltende Beitragssatz zugrunde zu legen. Der zugrunde gelegte Beitragssatz ist auf einen Beitragssatz zu kürzen, der sich zum zugrunde gelegten Beitragssatz so verhält, wie sich im vorletzten Geschäftsjahr die Ausgaben für Leistungen ohne Krankengeld zu den Gesamtausgaben für Leistungen verhalten haben; hierbei bleiben die Ausgaben für Leistungen für die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherten außer Betracht. Der Durchschnittsbeitrag ist auf volle zehn Pfennig aufzurunden.

§ 311

(1) Personen, die einen Rentenantrag gestellt haben, tragen bis zum Beginn der Rente die Beiträge nach § 310 selbst. Beiträge, die sie vom Beginn der Rente bis zur Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides entrichtet haben, werden ihnen zurückgezahlt.

(2) Beantragt die Witwe eines nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 Versicherten, der schon Rente bezogen hat, Witwenrente oder die Waise eines nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 oder 6 Versicherten, der schon Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente, so gilt § 310.

§ 312

(1) Freiwillig Versicherte haben die Beiträge allein zu tragen. Die Beiträge werden in Vomhundertsätzen des Mittelbetrages der Lohnstufen (§ 304 Abs. 1 Satz 2) entsprechend ihrem Gesamteinkommen bis zum Höchstbetrag von 660 Deutsche Mark im Monat festgesetzt. Die Satzung hat einen Mindestbeitrag festzusetzen.

(2) Bei freiwillig versicherten Ehegatten, die kein eigenes Einkommen beziehen, gilt als Gesamteinkommen die Hälfte des Gesamteinkommens des anderen Ehegatten.

§ 313

Für Versicherte, die Grundwehrdienst, eine Wehrübung oder zivilen Ersatzdienst leisten, trägt der Bund den Beitrag in Höhe von einem Drittel des Betrages, der zuletzt vor der Einberufung zum Wehr- oder Ersatzdienst zu entrichten war. In diesem Falle gelten die §§ 310 bis 312 nicht. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit den Bundesministern für Verteidigung und der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben.

III. Zahlung der Beiträge

§ 314

(1) Die Arbeitgeber haben die Beiträge für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten monatlich an den von der Satzung festgelegten Zahltagen zu zahlen. Die Zahltage dürfen nicht nach dem 15. des Monats liegen, der dem Monat folgt, für den der Lohn gezahlt wird. Die Satzung der Kasse kann bestimmen, daß Abschlagszahlungen entsprechend den Lohnzahltagen im Betrieb zu leisten sind.

(2) Versicherungspflichtige Mitglieder von Ersatzkassen haben ihre Beiträge an den von der Satzung festgelegten Zahltagen selbst zu zahlen. Die Kasse kann mit dem Arbeitgeber vereinbaren, daß dieser die Beiträge unmittelbar an die Kasse abführt.

(3) Freiwillig Versicherte haben die Beiträge an den von der Satzung festgelegten Zahltagen zu zahlen.

§ 315

(1) Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei der Zahlung des Arbeitsentgelts ihren Beitragsanteil vom Barlohn abziehen lassen. Der Arbeitgeber darf Beitragsanteile nur auf diesem Wege wieder einziehen. Die Abzüge sind auf die Lohnzeiten gleichmäßig zu verteilen.

(2) Besteht das Entgelt nur in Sachbezügen, so kann der Arbeitgeber den Sachbezug um den Beitragsanteil des Versicherten kürzen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte seinen Beitragsanteil dem Arbeitgeber bar erstattet. Wird das Entgelt von Dritten gewährt, so hat der Versicherte seinen Beitragsanteil dem Arbeitgeber bar zu erstatten, wenn dieser den vollen Beitrag entrichtet hat.

(3) Beiträge nach § 303 Abs. 3 Satz 1 hat der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt einzubehalten und an die Kasse abzuführen.

(4) Versicherungspflichtigen Mitgliedern von Ersatzkassen hat der Arbeitgeber die Beitragsanteile bei der Zahlung des Arbeitsentgelts auszuzahlen, wenn nicht eine Vereinbarung nach § 314 Abs. 2 Satz 2 getroffen ist.

§ 316

Sind Abzüge unterblieben, so dürfen sie nur bei der nächstfolgenden Lohn- oder Gehaltszahlung nachgeholt werden, es sei denn, daß die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind.

§ 317

Die Satzung der Kasse kann mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe die Kasse Vorschüsse von den Arbeitgebern fordern kann.

§ 318

(1) Die Beiträge sind bei rechtzeitiger Abmeldung bis zum Tage des Ausscheidens aus der Beschäfti-

gung, sonst bis zur Abmeldung, längstens aber bis zum Ablauf des auf den Tag des Ausscheidens folgenden Kalendermonats zu zahlen.

(2) Die Kasse kann auf die Fortzahlung der Beiträge über das Ausscheiden aus der Beschäftigung hinaus verzichten und bereits gezahlte Beiträge dieser Art zurückzahlen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für freiwillig Versicherte, die deshalb aus der freiwilligen Versicherung ausscheiden, weil sie eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen.

§ 319

(1) Die Kasse kann von Arbeitgebern, die mit der Zahlung der Beiträge für die angemeldeten Beschäftigten länger als eine Woche von der Zahlungsaufforderung ab in Verzug sind, einen einmaligen Säumniszuschlag in Höhe von zwei vom Hundert der rückständigen Beiträge und bei Zahlungsverzug von länger als drei Monaten nach Zahlungsaufforderung Zinsen in Höhe des jeweiligen Diskontsatzes der Deutschen Bundesbank erheben. Für die Berechnung des Säumniszuschlages werden die rückständigen Beiträge auf volle zehn Deutsche Mark nach unten abgerundet; mehrere Beitragsrückstände werden nur dann zusammengerechnet, wenn sie an demselben Tag fällig geworden sind.

(2) Von Geldstrafen und Kosten sowie von einem Beitragsrückstand unter zehn Deutsche Mark wird ein Säumniszuschlag nicht erhoben.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Ersatzkassen gegenüber ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern und gegenüber den Arbeitgebern, mit denen sie Vereinbarungen nach § 314 Abs. 2 Satz 2 getroffen haben.

§ 320

(1) Auf Antrag einer Kasse oder auf Antrag von Mitgliedern der Organe einer Betriebskrankenkasse kann die Aufsichtsbehörde widerruflich anordnen, daß Arbeitgeber, die mit der Abführung der Beiträge für mindestens zwei Monate rückständig sind, nur ihren Beitragsanteil zahlen. Die von ihnen beschäftigten Versicherungspflichtigen haben dann ihren Beitragsanteil an den Lohnzahltagen selbst zu zahlen.

(2) Die Kasse hat die Anordnung der Aufsichtsbehörde in der Art bekanntzumachen, die für Bekanntmachungen in der Satzung bestimmt ist. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Anordnung in seinen Betriebsräumen für die Dauer der Anordnung durch Aushang bekanntzumachen und der Kasse Zeit und Art der Lohnzahlungen mitzuteilen. Die Kasse ist berechtigt, Bedienstete zu jeder Lohnzahlung in den Betrieb zu entsenden und die Beiträge an Ort und Stelle einzuziehen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Ersatzkassen.

§ 321

(1) Die Kassen können mit den Gemeindebehörden vereinbaren, daß diese die Geschäfte einer

Zahl- und Meldestelle gegen Erstattung der Kosten übernehmen.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann auf Antrag der Kasse die geschäftsleitenden Angestellten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen.

(3) Abweichend von den §§ 116, 117 haben sich bei der Vollstreckung nur Kassen der gleichen Art Amtshilfe zu leisten; die Kosten sind zu erstatten.

§ 322

Sind die Kassen verpflichtet, die Beiträge für andere Versicherungszweige zusammen mit den Beiträgen zur Krankenversicherung einzuziehen, so hat der Arbeitgeber, soweit er schriftliche Lohnabrechnungen erteilt, die Beiträge zu den verschiedenen Versicherungszweigen getrennt aufzuführen oder die Beitragsaufteilung ersichtlich zu machen.

§ 323

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Vergütung, die den Kassen für den Beitragseinzug, die Überwachung der Beitragsentrichtung, die Ausgabe und den Umtausch der Versicherungskarten zu zahlen ist.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt mit Zustimmung des Bundesrates Verwaltungsvorschriften über die Zahltage und das Zahlverfahren für die von den Trägern der Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und dem Bund zu leistenden Beiträge sowie über die Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts nach § 310.

IV. Überwachung der Beitragsentrichtung; Auskunftspflicht

§ 324

(1) Die Kassen haben in den Betrieben, in denen ihre Mitglieder beschäftigt sind, Betriebsprüfungen durchzuführen. Diese sollen mindestens alle zwei Jahre stattfinden. Die Betriebsprüfung erstreckt sich auf die Versicherungspflicht, auf die Berechnung und Abführung der Beiträge, die die Kassen einziehen, sowie auf die Eintragung der Beschäftigungszeiten und des Entgelts in die Versicherungskarten. Die Arbeitgeber haben den Kassen die Betriebsprüfung zu ermöglichen.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Prüfungen erlassen.

§ 325

(1) Ziehen die Kassen auch für andere Versicherungsträger die Beiträge ein, so soll die Betriebsprüfung gemeinsam für alle Versicherungsträger durchgeführt werden.

(2) Die beteiligten Versicherungsträger haben sich über Ort und Zeit der geplanten Betriebsprüfung zu verständigen.

(3) Die beteiligten Versicherungsträger sind berechtigt, durch eigene Bedienstete bei der Betriebsprüfung mitzuwirken.

(4) Die Kassen haben auf Verlangen eines beteiligten Versicherungsträgers eine Betriebsprüfung auch durchzuführen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. § 324 Abs. 1 Satz 4 gilt.

(5) Die Kosten der Betriebsprüfung kann die Kasse dem Arbeitgeber auferlegen, soweit er sie durch Pflichtversäumnis schuldhaft verursacht hat. Diese Kosten werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

§ 326

(1) Die Arbeitgeber haben der Kasse sowie deren Beauftragten auf Verlangen über alle Tatsachen Auskunft zu geben, die nach § 296 zu melden sind. Sie haben Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle oder an der von der Kasse bestimmten Stelle vorzulegen.

(2) Die Versicherten haben über ihren Personenstand, über Art und Dauer ihrer Beschäftigung, über ihren Arbeitsverdienst sowie über die Tatsachen Auskunft zu geben, die für die Gewährung der Familienhilfe von Bedeutung sind.

§ 327

Orts- und Landkrankenstellen können mit der Prüfung von Betrieben, die außerhalb ihres Kassenbezirks ihren Sitz haben, die für den Betriebssitz zuständige Orts- oder Landkrankenstelle beauftragen. Die Kosten der Prüfung sind zu erstatten.

§ 328

Läßt sich eine Betriebsprüfung an Ort und Stelle nicht durchführen, so ist der Arbeitgeber verpflichtet, die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen Beauftragten der Kasse gegen Empfangsschein längstens für drei Tage auszuhändigen.

V. Besonderheiten für das Beitragswesen

§ 329

(1) Decken bei einer Kasse Beiträge in Höhe von zehn vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so dürfen Mehr- und Ermessensleistungen mit Ausnahme der an die Stelle von Pflichtleistungen tretenden Ermessensleistungen und der Leistungen nach § 190 Abs. 1 nicht mehr gewährt werden.

(2) Decken bei einer Ortskrankenstelle Beiträge in Höhe von zwölf vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so haben die betei-

lichten Gemeinden oder Landkreise die erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, können sie einen Vertreter mit der Wahrnehmung der Befugnisse der Organe beauftragen. Für diese Zeit ruhen die Aufgaben und Befugnisse der Organe.

§ 330

(1) Sind bei Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen Fehlbeträge vorhanden, so haben dafür einzutreten

bei Orts- und Landkrankenkassen die Gemeinden oder die Landkreise,

bei Betriebskrankenkassen die Arbeitgeber,

bei Innungskrankenkassen die Innungen,

bei Ersatzkassen die Mitglieder.

(2) Sind mehrere Arbeitgeber oder mehrere Innungen beteiligt, so haften sie als Gesamtschuldner.

§ 331

Muß eine Kasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, schleunig ihre Einnahmen vermehren, so kann bis zur satzungsmäßigen Neuregelung die Aufsichtsbehörde vorläufig verfügen, daß, soweit erforderlich, die Beiträge erhöht werden, jedoch nicht über die in § 329 Abs. 2 angegebene Grenze hinaus. Bis zur satzungsmäßigen Erhöhung der Beiträge dürfen Mehr- und Ermessensleistungen mit Ausnahme der an die Stelle von Pflichtleistungen tretenden Ermessensleistungen und der Leistungen nach § 190 Abs. 1 nicht mehr gewährt werden; laufende Leistungen bleiben unberührt.

§ 332

Übersteigen die Einnahmen der Kasse die Ausgaben, so sind, falls das gesetzliche Rücklagesoll und die Betriebsmittel aufgefüllt sind, die Beiträge zu ermäßigen.

VI. Verwaltung der Mittel

§ 333

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über

1. Haushaltswesen,
2. Art und Form der Rechnungsführung,
3. Aufstellung und Vorlage von Statistiken,
4. Aufstellung und Vorlage der Rechnungsergebnisse,
5. Form und Inhalt der von den Kassen zu führenden Mitglieder- und Krankenkarten,
6. Art und Form der gegenüber den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und

Arbeitslosenversicherung zu erbringenden Nachweisungen.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt alljährlich einen Nachweis über die gesamten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

§ 334

Die Kasse soll Betriebsmittel in Höhe einer Monatsausgabe nach dem Durchschnitt der Ausgaben des vorangegangenen Geschäftsjahres haben.

VII. Rücklagen der Krankenkassen

§ 335

(1) Jede Kasse hat neben den Betriebsmitteln eine Rücklage im Betrage der Aufwendungen für zwei Monate, jede Ersatzkasse im Betrage der Aufwendungen für sechs Monate nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre anzusammeln (Rücklagesoll).

(2) Die Rücklage wird zur Hälfte bei dem Landesverband gebildet, dem die Kasse angehört, zur Hälfte bei der Kasse. Gehört die Kasse keinem Landesverband an, so bildet sie die Rücklage selbst.

(3) Solange das Rücklagesoll nicht wenigstens zur Hälfte aufgefüllt ist, hat die Kasse zur Auffüllung der Rücklage jährlich mindestens zwei vom Hundert der im Haushaltsplan vorgesehenen Beitragseinnahme abzuführen, im übrigen eins vom Hundert.

§ 336

Die Landesverbände der Krankenkassen verwalten die Rücklagen für die ihnen angehörenden Kassen als deren Sondervermögen. Die bei der Kasse gebildete Rücklage ist als Sondervermögen zu verwalten. Für die Anlegung gilt § 26.

§ 337

(1) Die im Laufe des Jahres entstehenden Kapitalerträge und Gewinne des Sondervermögens werden nach Abzug der Kosten der Rücklageverwaltung gegen etwaige Verluste ausgeglichen; der Unterschiedsbetrag wird auf die beteiligten Kassen nach der Höhe ihres Rücklageguthabens im Jahresdurchschnitt verteilt.

(2) Ergibt sich nach Absatz 1 ein Überschuß, so wird er den Kassen, die ihr Rücklagesoll erfüllt haben, voll ausgezahlt. Ist das Rücklagesoll noch nicht erfüllt, so wird er der Rücklage gutgeschrieben.

(3) Ergibt sich nach Absatz 1 ein Fehlbetrag, so wird er den Rücklageguthaben der Kassen zur Last geschrieben.

§ 338

(1) Die Kasse kann über ihr Rücklageguthaben bis zur Höhe des Rücklagesolls nur zur Deckung

außergewöhnlichen Geldbedarfs verfügen; die Verfügung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Nach Erschöpfung des Guthabens kann die Kasse vom Landesverband ein Darlehen aus dem Sondervermögen erhalten, das mit eins vom Hundert über dem Bundesbankdiskontsatz zu verzinsen ist.

(2) Soweit das Rücklageguthaben das Rücklage-soll übersteigt, darf die Kasse frei darüber verfügen.

§ 339

Soweit Kassen ihre Rücklage selbst verwalten, ist die Rücklage getrennt vom übrigen Vermögen auszuweisen. Über die Rücklage darf nur zur Deckung außergewöhnlichen Geldbedarfs verfügt werden; die Verfügung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

VIII. Auftragsangelegenheiten

§ 340

(1) Sofern Vorschriften außerhalb dieses Gesetzes den Kassen Aufgaben allgemein oder durch Auftrag im Einzelfalle zuweisen (Auftragsangelegenheiten), sind die hierfür entstandenen Ausgaben voll zu ersetzen. Zu den Ausgaben gehören auch die bei Durchführung der Aufgaben entstandenen Verwaltungskosten.

(2) Die Höhe der zu ersetzenden Verwaltungskosten, die Berechnung der Ausgaben und die Form der Erstattung bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 341

Die Kasse kann die Krankenpflege für Fürsorgeempfänger übernehmen, sofern ihr Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie angemessener Ersatz ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

SECHSTER ABSCHNITT

Besonderheiten für einzelne Personengruppen

I. Allgemeine Vorschrift

§ 342

Für die Versicherung der in diesem Abschnitt genannten Personengruppen gelten die in den §§ 343 bis 366 vorgesehenen Besonderheiten.

II. Hausgehilfen

§ 343

Werden Hausgehilfen auch in dem Betrieb oder einem anderen Erwerbsgeschäft des Arbeitgebers beschäftigt, so wird dadurch die Zuständigkeit der Landkrankenkasse nicht berührt. Beschäftigt der Arbeitgeber neben Hausgehilfen versicherungspflichtige Arbeitnehmer, für die eine andere als die Landkrankenkasse zuständig ist, so gehören auch die Hausgehilfen in diese Kasse.

III. Unständig Beschäftigte

§ 344

(1) Arbeitnehmer, deren Beschäftigung in der Regel auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist, werden auf ihren Antrag als unständig Beschäftigte in das Mitgliederverzeichnis der für den Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder, wenn sie überwiegend landwirtschaftlich beschäftigt sind, der Landkrankenkasse eingetragen. Die Eintragung begründet die Mitgliedschaft.

(2) Die Eintragung wird gelöscht, wenn die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben wird. Die unständige Beschäftigung gilt als aufgegeben, wenn länger als einen Monat keine Beschäftigung ausgeübt worden ist.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Meldungen, über Berechnung und Zahlung der Beiträge sowie über Berechnung und Zahlung der Barleistungen zu bestimmen.

IV. Wandergewerbe

§ 345

(1) Der Arbeitgeber, der eines Wandergewerbescheines bedarf, hat die in seinem Wandergewerbebetrieb Beschäftigten, soweit er sie von Ort zu Ort mit sich führen will, bei der Kasse als Mitglieder anzumelden, in deren Bezirk der Sitz der unteren Verwaltungsbehörde liegt, die den Wandergewerbeschein erteilt.

(2) Beschäftigte, für die der Arbeitgeber um die Erlaubnis nach § 62 der Gewerbeordnung erst nach Empfang des Scheines nachsucht, hat er durch Vermittlung der für die Erteilung dieser Erlaubnis zuständigen Behörde anzumelden.

§ 346

(1) Bei der Anmeldung hat der Arbeitgeber die Beiträge für die Zeit bis zum Ablauf des Wandergewerbescheines oder mit Erlaubnis der Kasse für kürzere Zeit im voraus zu entrichten.

(2) Wird der Schein oder die Erlaubnis (§ 345) zurückgenommen oder der Betrieb sonst eingestellt, so erstattet die Kasse auf Antrag die zuviel gezahlten Beiträge. Dies gilt auch für solche Personen, die der Arbeitgeber nachweislich nicht mehr mit sich führt.

§ 347

(1) Im Falle des § 345 Abs. 1 bescheinigt die Kasse den Empfang oder die Stundung der Beiträge unter Angabe des monatlichen Arbeitsentgelts. Diese Bescheinigung ist der den Wandergewerbeschein erteilenden Behörde vorzulegen.

(2) Im Falle des § 345 Abs. 2 werden die Beiträge an die dort genannte Behörde gezahlt und von ihr der zuständigen Kasse übermittelt.

(3) Der Wandergewerbeschein darf nur erteilt werden, wenn die Bescheinigung vorgelegt ist, die Erlaubnis nur, wenn die Beiträge entrichtet sind.

(4) Auf dem Wandergewerbeschein ist das monatliche Arbeitsentgelt anzugeben.

§ 348

(1) Als monatliches Arbeitsentgelt, nach dem sich Beiträge, Leistungen der Kasse und Pflichten der Versicherten bemessen, gilt ein Betrag von 150 Deutsche Mark, falls kein höherer Betrag vereinbart ist.

(2) Das Krankengeld hat die für den Aufenthaltsort zuständige Land- oder Ortskrankenkasse zu zahlen. Es ist von der zuständigen Kasse zu erstatten.

§ 349

Wer für einen anderen ein Wandergewerbe betreibt (§ 60d Abs. 2 der Gewerbeordnung), hat die Rechte und Pflichten des Arbeitgebers nach den §§ 345 bis 347.

V. In Heimarbeit Beschäftigte

§ 350

Die in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherten sind bei der Ortskrankenkasse ihrer Betriebsstätte versichert. Hat der Versicherte mehrere Betriebsstätten, die in Bezirken verschiedener Ortskrankenkassen liegen, so ist die Ortskrankenkasse zuständig, in deren Bezirk sie gemeinsam verwaltet werden.

§ 351

(1) Wer Heimarbeit an die in Heimarbeit Beschäftigten ausgibt oder weitergibt, hat die in Heimarbeit Beschäftigten bei der nach § 350 zuständigen Kasse innerhalb von sieben Tagen zu melden. Im übrigen hat er, soweit die folgenden Vorschriften

nichts anderes bestimmen, die Pflichten des Arbeitgebers zu erfüllen.

(2) Die in Heimarbeit Beschäftigten sind abzumelden, wenn nach Ablieferung der letzten Arbeit nicht innerhalb einer Woche neue Aufträge erteilt werden sollen.

§ 352

(1) Die in Heimarbeit Beschäftigten haben monatlich die Entgeltbelege, in denen die Entgelte für den vorangegangenen Monat eingetragen sind, ihrer Kasse zur Einsicht vorzulegen.

(2) Die in Heimarbeit Beschäftigten haben den auf sie entfallenden Beitragsanteil monatlich zu zahlen. Die Auftraggeber haben den Arbeitgeberanteil bei jeder Entgeltzahlung abzuführen; Entgelt, das bei einem Auftraggeber die in § 304 Abs. 2 genannte Grenze übersteigt, bleibt außer Betracht.

(3) Für die Beitragsbemessung ist das Entgelt um Vomhundertsätze für die Abgeltung von Unkosten zu kürzen. Die Höhe dieser Vomhundertsätze bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

(4) Die Satzung der Kasse bestimmt den Zeitpunkt für die Vorlage der Entgeltbelege und die Beitragszahlung.

§ 353

Als monatliches Entgelt, nach dem sich Leistungen der Kasse und Pflichten der Versicherten bemessen, gilt ein Drittel des der Bemessung des Beitragsanteils des Versicherten in den letzten drei Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalles zugrunde liegenden Betrages.

VI. Lehrlinge

§ 354

(1) Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten kein Krankengeld, jedoch Mutterschaftsgeld.

(2) Für diese Lehrlinge bestimmt die Satzung, nach welcher Lohnstufe Beiträge zu entrichten sind.

VII. Seeleute

§ 355

§ 167 Nr. 1 gilt nicht für Besatzungsmitglieder deutscher Seefahrzeuge.

§ 356

(1) Besteht die Besatzung eines Seefahrzeugs, das unter ausländischer Flagge fährt, ganz oder teilweise aus Seeleuten, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes sind und die bei

gleicher Beschäftigung auf einem deutschen Seefahrzeug versicherungspflichtig wären, so gelten sie als versicherungspflichtig nach § 166 Abs. 1 Nr. 1, wenn der Reeder dies beantragt, der Staat, dessen Flagge das Schiff führt, der Versicherung nicht widerspricht, der Reeder für die Beiträge Sicherheit leistet und einen inländischen Bevollmächtigten hat, der die Pflichten des Arbeitgebers übernimmt.

(2) Der Antrag ist an die See-Krankenkasse zu richten.

(3) Versicherte nach Absatz 1 sind Mitglieder der See-Krankenkasse.

§ 357

Die in § 171 Abs. 2 bestimmte Frist beginnt für Seeleute, die auf Grund des § 72 des Seemannsgesetzes zurückbefördert werden oder zurückkehren, frühestens mit der Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzes.

§ 358

Versicherungsberechtigte in Schiffsbetrieben von Unternehmen, die zur See-Berufsgenossenschaft gehören, können sich nur bei der See-Krankenkasse freiwillig versichern.

§ 359

Für die Berechnung von Barleistungen und Beiträgen sind als Entgelt der monatliche Durchschnitt des baren Entgelts und der monatliche Durchschnittssatz für Beköstigung (§ 1068) zugrunde zu legen.

§ 360

Der Anspruch des Seemanns auf Krankenhilfe ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist; er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes, auf der Reise oder im Ausland befindet, es sei denn, daß der Seemann nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Krankenhilfe des Trägers der Krankenversicherung gewählt oder der Reeder ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an den Träger der Krankenversicherung verwiesen hat.

§ 361

Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht geboten, so kann die See-Krankenkasse dem arbeitsunfähigen Seemann Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim gewähren. Daneben ist Krankengeld nach § 204 zu zahlen.

§ 362

(1) Setzt der Reeder die Krankenfürsorge im Fall des § 47 Abs. 1 des Seemannsgesetzes fort, so hat ihm die See-Krankenkasse die Kosten der fortgesetzten Krankenfürsorge zu erstatten.

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

(3) Der Reeder kann von der See-Krankenkasse aus dem Sterbegeld den Ersatz der Aufwendungen verlangen, die ihm durch die Landbestattung des Seemanns (§ 75 des Seemannsgesetzes) entstanden sind.

(4) Dem Reeder sind in entsprechender Anwendung des § 230 Abs. 2 auch die Kosten zu erstatten, die ihm aus der Krankenfürsorge nach § 42 des Seemannsgesetzes entstanden sind. Dies gilt nicht für Leistungen, die an Bord des Schiffes erbracht werden. Die Satzung kann eine pauschale Abgeltung der erstattungsfähigen Kosten vorsehen.

§ 363

Die Vorschriften der §§ 360 und 362 gelten entsprechend für Versicherte, die nicht Mitglieder der See-Krankenkasse sind, für die aber im Falle der Erkrankung oder Verletzung durch das Seemannsgesetz Vorsorge getroffen ist.

§ 364

(1) Das Mitglied der See-Krankenkasse erhält die ihm für sich und seine Angehörigen zustehenden Leistungen im Auftrag und für Rechnung der See-Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs-, Wohn- oder Aufenthaltsorts. Die beauftragte Kasse hat der See-Krankenkasse unverzüglich die Übernahme und das Ende ihrer Leistungsgewährung anzuzeigen.

(2) Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Kasse die für Höhe und Dauer der Leistungen maßgebenden Verhältnisse mitzuteilen.

§ 365

(1) Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Kasse die Kosten nebst sieben vom Hundert Verwaltungskosten zu ersetzen.

(2) Das Nähere über die Durchführung der Aushilfe vereinbart die See-Krankenkasse mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen. Diese Vereinbarung ist für die Ortskrankenkassen bindend.

(3) Die Vereinbarung von Pauschsätzen für die Erstattung der Kosten ist zulässig.

VIII. Deutsche Beschäftigte bei Arbeitgebern, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen

§ 366

Die deutschen Beschäftigten ausländischer Staaten und solcher Personen, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen, mit Ausnahme der in § 356 genannten Versicherten, haben die Pflichten der Arbeitgeber in der Krankenversicherung selbst zu erfüllen.

SIEBENTER ABSCHNITT

Kassenverbände

I. Bezirksverbände

§ 367

(1) Die Kassen mit dem Sitz innerhalb des Bezirks einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises können sich durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einem Bezirksverband zusammenschließen. Kassen, die in diesem Bezirk Verwaltungs- oder Geschäftsstellen unterhalten, können auf Beschluß ihrer Vertreterversammlung dem Bezirksverband beitreten.

(2) Der Bezirksverband wird auf Beschluß seines Vorstandes aufgelöst. Die Kasse kann auf Beschluß ihrer Vertreterversammlung aus dem Bezirksverband ausscheiden.

(3) Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes kann sich ein Bezirksverband über die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise erstrecken.

(4) Die Bezirksverbände sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie werden von einem Vorstand verwaltet.

§ 368

(1) Der Bezirksverband muß eine Satzung haben. Der Vorstand beschließt die Satzung; sie muß bestimmen über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes und der ihm angeschlossenen Kassen,
2. Zweck des Verbandes,
3. das Ausscheiden von Kassen aus dem Verband, die Vermögensauseinandersetzung, die Haftung für die im Zeitpunkt des Ausscheidens bestehenden Verbindlichkeiten,
4. Zusammensetzung, Wahl, Rechte und Pflichten des Vorstandes,
5. Höhe der Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes,
6. Aufstellung des Haushaltsplanes,
7. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
9. Art der Bekanntmachungen,
10. Änderung der Satzung.

(2) § 290 Satz 1, §§ 291 und 292 gelten entsprechend.

§ 369

(1) Der Bezirksverband kann für die ihm angeschlossenen Kassen, wenn er hierzu bevollmächtigt wird,

1. die Betriebsprüfungen übernehmen,
2. den Beitragseinzug und die Zwangsbeitreibung durchführen,

3. die Einhaltung der Krankenordnung überwachen,

4. die den Kassen eingereichten Verordnungsblätter prüfen.

(2) Der Bezirksverband kann mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes weitere Aufgaben übernehmen.

§ 370

§§ 27d, 27e, 115 bis 117, 321 Abs. 2 und 3 sowie § 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

II. Landes- und Bundesverbände

§ 371

(1) In jedem Land bilden

die Ortskrankenkassen

einen Landesverband der Ortskrankenkassen,

die Landkrankenkassen

einen Landesverband der Landkrankenkassen,

die Betriebskrankenkassen

einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,

die Innungskrankenkassen

einen Landesverband der Innungskrankenkassen.

Die Kassen gehören dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) Mit Zustimmung der beteiligten, für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können sich Verbände der gleichen Kassenart nach Absatz 1 zu einem für mehrere Länder gemeinsamen Verband zusammenschließen.

§ 372

(1) Die Landesverbände der in § 371 Abs. 1 genannten Kassenarten bilden je einen Bundesverband.

(2) Dem Bundesverband der Ortskrankenkassen gehört außerdem die See-Krankenkasse, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gehören außerdem die Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Betriebe des Bundes an.

(3) Die Arbeiter-Ersatzkassen bilden den Bundesverband der Arbeiter-Ersatzkassen, die Angestellten-Ersatzkassen den Bundesverband der Angestellten-Ersatzkassen.

§ 373

Die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

§ 374

(1) Jeder Landes- und Bundesverband muß eine Satzung haben.

(2) Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen und Sitz des Verbandes,
2. Bezirk des Verbandes und seine Mitglieder,
3. Rechte und Pflichten der Verbandsmitglieder,
4. Zahl und Wahl der Mitglieder der Organe und ihrer Vertreter,
5. Rechte und Pflichten der Organe,
6. Höhe der Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes,
7. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
8. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
9. Aufstellung des Haushaltsplanes,
10. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
11. Art der Bekanntmachungen,
12. Änderung der Satzung.

(3) § 290 Satz 1, §§ 291 und 292 gelten entsprechend.

§ 375

§§ 26, 27d, 27e, 115 bis 117, 294, 295 Abs. 1 und § 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

§ 376

Die Landesverbände haben die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen bundes- oder landesrechtliche Vorschriften zuweisen. Darüber hinaus haben sie ihre Mitglieds-kassen zu unterstützen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,
2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen mit anderen Trägern der Sozialversicherung oder deren Verbänden, mit Vereinigungen und Verbänden von Heilberufen und Lieferanten sowie mit Heil- und Krankenanstalten, wenn sie von der Mitglieds-kasse hierzu bevollmächtigt worden sind,
4. Bestellung oder Benennung der Vertreter der Kassen in den vom Gesetz für die Durchführung von Aufgaben der Krankenversicherung vorgesehenen Ausschüssen und anderen Einrichtungen,
5. Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Behörden und Gerichten,
6. Förderung der Ausbildung der Verwaltungs-anwärter oder Lehrlinge bei den Kassen und der Fortbildung der sonstigen bei den Kassen Beschäftigten,
7. Arbeitstagungen der Geschäftsführer,
8. Verwaltung der Rücklagen.

§ 377

Die Bundesverbände haben die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen bundesrechtliche Vorschriften zuweisen. Darüber hinaus haben sie ihre Mitglieder zu unterstützen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung, auch durch Zeitschriften,
2. Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen mit Trägern der Sozialversicherung oder deren Verbänden, soweit sie von den Landesverbänden oder den unmittelbar angeschlossenen Kassen für deren Bereich dazu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Behörden und Gerichten.

§ 378

Die Bundesverbände der Ersatzkassen haben auch die den Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben mit Ausnahme der in § 376 Nr. 8 genannten wahrzunehmen.

§ 379

Die Landes- und Bundesverbände haben in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung die zuständigen Behörden zu unterstützen.

§ 380

Die Verbände der beteiligten Kassen sollen vor Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Mitglieds-kassen gehört werden.

ACHTER ABSCHNITT

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

I. Kassenärzte und Kassenzahnärzte

§ 381

(1) Ärzte, Zahnärzte und Kassen wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen.

(2) Soweit sich die folgenden Vorschriften auf Ärzte oder deren Vereinigungen beziehen und nichts Besonderes bestimmt ist, gelten sie entsprechend für Zahnärzte oder deren Vereinigungen.

(3) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören ärztliche Maßnahmen der Vorsorgehilfe, die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen,

die die Kassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.

§ 382

Die ärztliche Behandlung wird durch Ärzte gewährt, die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen oder an ihr beteiligt sind. Sie wird ferner durch Ärzte der Universitäts- und Polikliniken gewährt, mit denen die Kassen nach § 417 Verträge abgeschlossen haben, sowie durch die Ärzte der Eigeneinrichtungen der Kassen.

§ 383

(1) Die Zulassung erfolgt für einen oder mehrere Orte oder für Ortsteile (Kassenarztsitz).

(2) Mit der Zulassung wird der Kassenarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen kassenärztlichen Vereinigung; damit ist er berechtigt und verpflichtet, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich.

§ 384

(1) Jeder Arzt, der seine Eintragung in ein Arztregister nachweist, kann sich um die Zulassung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bewerben. Die Arztregister werden von den kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. In ein Arztregister wird der Arzt auf Antrag nach Ableistung einer Vorbereitungszeit eingetragen. Dauer und Art der Vorbereitungszeit bestimmt die Zulassungsordnung.

(2) Der Zulassungsausschuß hat dem Arzt, der sich um die Zulassung bewirbt, einen Kassenarztsitz zuzuweisen, wenn er die Voraussetzungen nach der Zulassungsordnung erfüllt.

(3) Der Arzt, der sich um die Zulassung bewirbt und die Voraussetzungen nach der Zulassungsordnung erfüllt, ist auf Antrag am Ort seiner Niederlassung zuzulassen, wenn er

1. mindestens sieben Jahre in eigener Praxis niedergelassen war oder
2. mindestens zehn Jahre nach der Approbation an Krankenanstalten oder als Vertreter von Kassenärzten tätig gewesen ist oder
3. das vierzigste Lebensjahr überschritten und mindestens fünf Jahre ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat.

Die Tätigkeiten nach Nummer 1 und 2 können bis zu zwei Jahren gegenseitig angerechnet werden.

(4) Der Zahnarzt, der sich um die Zulassung bewirbt und die Voraussetzungen nach der Zulassungsordnung erfüllt, ist nach mindestens fünfjähriger zahnärztlicher Tätigkeit auf Antrag am Ort seiner Niederlassung zuzulassen.

§ 385

(1) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Sie

ist auf Zeit oder Dauer zu entziehen, wenn der Kassenarzt seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Die Entziehung der Zulassung bewirkt, daß der Arzt für die Dauer der Entziehung nicht zugelassen werden kann.

(2) Die Zulassung ruht, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit vorübergehend nicht ausübt und der Zulassungsausschuß zustimmt. Die Zustimmung ist zu versagen oder zurückzunehmen, wenn die Wiederaufnahme der Tätigkeit nicht innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist oder die kassenärztliche Versorgung gefährdet wäre.

(3) Die Zulassung endet mit dem Tode, nach Verzicht oder mit der Aufgabe der Niederlassung im Bezirk des Kassenarztsitzes.

§ 386

(1) Solange die kassenärztliche Versorgung an einzelnen Orten des Zulassungsbezirks nicht oder nicht ausreichend sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuß die Zulassung für den übrigen Zulassungsbezirk oder für Teile dieses Bezirks oder für bestimmte Fachrichtungen sperren. Führt auch diese Maßnahme nicht zum Erfolg, so hat die kassenärztliche Vereinigung die ärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte sicherzustellen. Diese haben für die Dauer der Anstellung die Rechte und Pflichten eines Kassenarztes. Für die Dauer der Anstellung ist die Zulassung für diesen Kassenarztsitz, außer für den angestellten Arzt, gesperrt.

(2) Die kassenärztliche Versorgung gilt nicht als ausreichend sichergestellt, wenn während eines halben Jahres ein ausgeschriebener Kassenarztsitz nicht besetzt werden kann.

(3) Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen der Kassen zur ärztlichen Versorgung dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarungen zwischen kassenärztlicher Vereinigung und Kassen vermehrt werden; es sei denn, daß eine Vermehrung erforderlich ist, weil anders die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre.

§ 387

Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen. Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung sind diese Ärzte Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk das Krankenhaus gelegen ist; sie haben die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

§ 388

(1) Zur Entscheidung in Zulassungssachen errichten die kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk

jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Aufsichtsbehörden berufen die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen für die Zeit, für die die Kassenärztliche Vereinigung oder die Landesverbände der Krankenkassen Vertreter nicht bestellen. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(3) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen. Die Vorschriften der §§ 115 bis 117 gelten entsprechend.

§ 389

(1) Die Zulassungsordnung regelt das Nähere über die Zulassung. Sie wird vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

(2) Die Zulassungsordnung muß Vorschriften enthalten über

1. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
2. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und des Bundesarztregisters durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
3. das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Kassen,
4. das Verfahren für die Eintragungen in die Arztregister,
5. die Zusammensetzung der Zulassungsausschüsse, die Zahl, die Bestellung, die Abberufung der Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse,
7. die Planung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch die Bundes-

ausschüsse der Ärzte und Krankenkassen und durch die Zulassungsausschüsse,

8. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
9. die bei der Zuweisung von Kassenarztsitzen geltenden Grundsätze,
10. die Voraussetzungen für die Ausschreibung von Kassenarztsitzen,
11. die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes,
12. das Verfahren vor den Zulassungsausschüssen,
13. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Zulassungsausschüsse auf die beteiligten Verbände.

§ 390

(1) Der Kassenarzt ist zu sachgemäßer ärztlicher Behandlung verpflichtet.

(2) Der Kassenarzt ist an die Gebührenordnung (§ 391) gebunden.

(3) Der Kassenarzt darf Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges oder die Erkennung der Krankheit oder zur Abwendung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen.

§ 391

(1) Die Kassen vergüten die ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Kassenärzte und der Gebührenordnung für Kassenzahnärzte. Der Arzt muß sich den Betrag der Zuzahlung (§ 186) anrechnen lassen.

(2) Die Bundesregierung setzt nach Anhörung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Leistungsansätze der Gebührenordnungen für Kassenärzte und Kassenzahnärzte fest.

(3) Den Wert der Leistungsansätze vereinbaren als Vertragsparteien die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Wird eine Vereinbarung gekündigt, so gilt sie bis zum Zustandekommen einer neuen Vereinbarung weiter. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, so setzt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf Antrag einer der Vertragsparteien den Wert fest. Diese Festsetzung gilt mindestens für sechs Monate und ersetzt die Vereinbarung.

§ 392

(1) Der Kassenarzt reicht seine Honorarforderungen bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung ein. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Forde-

zung auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit und darauf, ob sie den Voraussetzungen des § 390 Abs. 3 entspricht. Die Kassenärztliche Vereinigung reicht die Leistungsnachweise monatlich gesammelt den Kassen ein. Die Vergütung ist von den Kassen unverzüglich an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt den Betrag an die Ärzte nach deren Forderungen.

(2) Verstößt ein Kassenarzt gegen die Bestimmungen des § 390 Abs. 3, so ist die Angelegenheit auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kasse von einem gemeinsamen Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu prüfen. Der Arzt ist hierbei zu hören. Mehrausgaben, die der Arzt durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet hat, sind von ihm zu erstatten. Der Prüfungsausschuß entscheidet, ob solche Mehrausgaben entstanden sind, und setzt den zu erstattenden Betrag fest.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln das Nähere über die Bildung des Prüfungsausschusses und das Prüf- und Abrechnungsverfahren durch Verträge. Kommt ein Vertrag nicht zustande, so regelt die Landesregierung durch Rechtsverordnung das Nähere über die Bildung des Prüfungsausschusses und das Prüf- und Abrechnungsverfahren. Die Kosten für die gemeinsamen Prüfungsausschüsse tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen je zur Hälfte.

§ 393

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung. Mit Zustimmung der beteiligten für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können für den Bereich mehrerer Länder gemeinsame Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. §§ 27d, 27e und § 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

§ 394

(1) Jede Kassenärztliche Vereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung muß eine Satzung haben. Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung und ihre Änderungen.

(2) Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zahl, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe,
3. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
4. Höhe der Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes,

5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
6. Aufstellung des Haushaltsplanes,
7. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Art der Bekanntmachungen,
9. Änderung der Satzung,
10. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle.

(3) § 290 Satz 1, §§ 291, 292 gelten entsprechend.

(4) Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung muß außerdem bestimmen über

1. die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber Mitgliedern, die ihre kassenärztliche Pflichten schuldhaft nicht ordnungsgemäß erfüllen; dabei können Verwarnung, Verweis oder Geldbuße bis zu 1000 Deutsche Mark vorgesehen werden,
2. das Verfahren bei Ausübung dieser Befugnisse.

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu erteilende Bescheid ist zu begründen und soll eine Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts enthalten. Die Satzung kann die Ausübung dieser Befugnisse einem Ausschuß übertragen.

(5) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, so muß die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen Bestimmungen enthalten.

§ 395

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zusammen mit den Kassen die kassenärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen.

(2) Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Kassen wahrzunehmen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Zahlung des Versicherten (§ 186) einzuziehen.

(4) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung oder der öffentlichen Fürsorge, übernehmen.

§ 396

Die für die Durchführung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erforderlichen Mittel werden durch Beiträge der Mitglieder aufgebracht.

§ 397

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bilden

einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

- (2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, acht Vertretern der Ärzte, zwei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landkrankenkassen, der Arbeiter-Ersatzkassen, der Angestellten-Ersatzkassen und der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

Über den Vorsitz und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen für die Zeit, für die die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Bundesverbände der Krankenkassen Vertreter nicht bestellen.

(3) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der Barauslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Zu den Beratungen über Richtlinien, die die Verordnung oder Nichtgewährung von Arznei- und Heilmitteln betreffen, soll ein Apotheker als Sachverständiger zugezogen werden.

§ 398

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Versorgung mit Zahnersatz, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege, die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowie die zweckmäßige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen der Vorsorgehilfe.

(2) Die Bundesausschüsse beschließen außerdem durch Richtlinien, welche Arzneimittel, deren Wirkung wissenschaftlich nicht anerkannt oder hinreichend erprobt ist, nicht gewährt werden sollen.

(3) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen. Er kann sie beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse innerhalb der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt er die Richtlinien.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in den Absätzen 1 und 2 genannten Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen.

II. Beratungsärzte

§ 399

Der beratungsärztliche Dienst berät die Kassen bei der Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und unterstützt sie bei der Ermittlung und Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang und bei der Leistungsgewährung.

§ 400

(1) Als Träger des beratungsärztlichen Dienstes ist in jedem Land mindestens eine Anstalt des öffentlichen Rechts zu errichten.

(2) Für den Bereich der Betriebskrankenkassen der Bundesbahn und des Bundesministers für Verkehr wird eine besondere Anstalt des öffentlichen Rechts als Träger des beratungsärztlichen Dienstes errichtet. Der Bundesminister für Verkehr bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates nicht bedarf, das Nähere über den Sitz der Anstalt, den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit und die Dienstverhältnisse der Bediensteten, soweit diese nicht üblicherweise durch Tarifvertrag geregelt werden.

(3) Die Anstalt muß eine Satzung haben. Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Anstalt,
2. Stellenplan,
3. Aufbringung, Zahlung und Verwaltung der Mittel,
4. Aufstellung des Haushaltsplanes,
5. Aufstellung der Jahresrechnung,
6. Höhe der Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes,
7. Änderung der Satzung.

(4) § 290 Satz 1, §§ 291 und 292 gelten entsprechend.

§ 401

(1) Die Anstalt wird von einem Vorstand verwaltet. Der Vorstand setzt sich aus Vertretern der einzelnen Kassenarten zusammen. Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen des Landes entsenden in den Vorstand je einen Vertreter, der beratende Stimme hat. Das Nähere über die Zusammensetzung des Vorstandes und die Zahl seiner Mitglieder bestimmen die Landesregierungen durch Rechtsverordnung, bei der besonderen Anstalt nach § 400 Abs. 2 der Bundesminister für Verkehr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates nicht bedarf.

(2) Die Aufsichtsbehörde bestellt die Vertreter, wenn die Verbände oder Vereinigungen ihrer Verpflichtung zur Bestellung nicht innerhalb einer angemessenen Frist nachgekommen sind.

§ 402

(1) Dem Vorstand obliegt es insbesondere

1. den Geschäftsführer zu wählen und anzustellen,
2. die Beratungsärzte auszuwählen und anzustellen,
3. den Haushaltsplan aufzustellen,
4. die Jahresrechnung der Aufsichtsbehörde vorzulegen,
5. die Höhe der Umlage zur Deckung der Kosten festzusetzen,
6. die Satzung zu beschließen und zu ändern.

(2) §§ 27d, 27e, 115 bis 117, 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

§ 403

Der Geschäftsführer muß ein Arzt sein. Er führt die laufenden Geschäfte und die Dienstaufsicht.

§ 404

(1) Die Kosten des beratungsärztlichen Dienstes tragen die Kassen zur Hälfte nach der Zahl der Untersuchungen ihrer Mitglieder und zur Hälfte nach der Zahl ihrer Mitglieder im Bereich der Anstalt.

(2) Die Umlage ist nach der Zahl der Untersuchungen des vorangegangenen Kalendermonats und dem Mitgliederstand am Ersten jedes Kalendermonats zu berechnen.

§ 405

(1) Die Beratungsärzte müssen in der Regel Beamte der Anstalt sein. Für ihr Beamtenverhältnis gelten die beamtenrechtlichen Vorschriften.

(2) Als Beratungsärzte können, soweit erforderlich, auch Ärzte tätig sein, die nicht Beamte der Anstalt sind. Ärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, sollen am Ort ihrer Niederlassung nicht als Beratungsärzte tätig sein.

§ 406

Dienststellen des beratungsärztlichen Dienstes sind in der Regel in jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis zu errichten.

§ 407

(1) Die nach § 202 zu erstattende Meldung ist von der Dienststelle des beratungsärztlichen Dienstes mit einer gutachtlichen Äußerung an die zuständige Kasse unverzüglich weiterzuleiten.

(2) Der Beratungsarzt kann zur Erstellung des Gutachtens den Arbeitsunfähigen vorladen oder ihn während der üblichen Dienststunden in der Wohnung aufsuchen.

(3) Der Beratungsarzt ist verpflichtet, in der erforderlichen Weise laufend zu überprüfen und der Kasse mitzuteilen, ob die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch weiterhin vorliegen.

§ 408

(1) Der Beratungsarzt hat sich gutachtlich zu äußern, wenn die Kasse es für erforderlich hält.

(2) Vor der Gewährung von Kuren hat die Kasse ein Gutachten des Beratungsarztes einzuholen.

§ 409

Der Beratungsarzt ist nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

§ 410

(1) Der beratungsärztliche Dienst hat mit den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, den Trägern der Fürsorge, dem versorgungsärztlichen Dienst sowie den Gesundheitsämtern zusammenzuarbeiten. Er soll sich der Arbeitsergebnisse dieser Stellen bedienen. Die Bundesregierung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere bestimmen.

(2) Die Träger der Rentenversicherung können mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbaren, daß der beratungsärztliche Dienst auch den Trägern der Rentenversicherung zur Verfügung steht. Der Vertrag muß Bestimmungen über den Umfang der Inanspruchnahme und die Beteiligung des Trägers der Rentenversicherung an den Kosten und die Zahl der von ihm in den Vorstand der Anstalt zu entsendenden Vertreter enthalten.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für die besondere Anstalt nach § 400 Abs. 2.

§ 411

(1) Die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes bilden eine Arbeitsgemeinschaft. Die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft werden vom Bundesverband der Ortskrankenkassen geführt.

- (2) Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist es,
1. Statistiken nach näherer Anordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung zu sammeln und aufzubereiten,
 2. die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes durch Beratung und Unterrichtung zu unterstützen,
 3. Veranstaltungen zur Ausbildung und Fortbildung der Beratungsärzte und ihrer Hilfspersonen durchzuführen.

(3) Die Kosten für die Arbeitsgemeinschaft tragen die Bundesverbände der Krankenkassen anteilmäßig nach der Zahl der Versicherten der Kassenart im Jahresdurchschnitt.

§ 412

(1) Die Arbeitsminister oder Senatoren für Arbeit der Länder erlassen die Dienstanweisung für den beratungsärztlichen Dienst. Der Bundesminister für Verkehr erläßt die Dienstanweisung für die besondere Anstalt nach § 400 Abs. 2.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Grundsätze für die Tätigkeit des beratungsärztlichen Dienstes festlegen.

NEUNTER ABSCHNITT

Verhältnis zu Dritten

I. Verhältnis zu Krankenhäusern

§ 413

(1) Die Kassen gewähren Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser, die sich hierzu schriftlich bereit erklärt haben. Die Erklärung kann mit einer Frist von zwei Jahren aufgekündigt werden.

(2) Die Kasse kann das Angebot ablehnen, wenn die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung nicht gegeben ist.

§ 414

(1) Die Kasse schließt mit den Krankenhäusern, die sich zur Gewährung von Krankenhauspflege bereit erklärt haben, Verträge über die Krankenhauspflege, insbesondere über die Höhe der Pflegesätze. § 391 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verträge können auch zwischen mehreren Kassen und mehreren Krankenhäusern gemeinsam geschlossen werden.

(2) Für auswärtige Kassen, die mit dem Krankenhaus keine Verträge abgeschlossen haben, gelten die mit der Ortskrankenkasse, in deren Bezirk das Krankenhaus liegt, vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze.

(3) Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, welche Kosten durch den Pflegesatz abzugelten sind.

(4) Die Verträge müssen Bestimmungen darüber enthalten, daß den Beratungsärzten die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sie auf ihren Wunsch zur Untersuchung beizuziehen sind. Sie können ferner eine Staffelung der Höhe der Pflegesätze nach der Verweildauer vorsehen.

§ 415

(1) Soweit eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, werden sie auf Anrufung von einer Schiedsstelle festgesetzt.

(2) Die Schiedsstelle wird, sofern der Vertrag nichts anderes vorsieht, von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten Stelle gebildet. Diese beruft einen unparteiischen Vorsitzenden sowie auf Vorschlag der Beteiligten je einen Vertreter der Kasse und des Krankenhauses. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen Kasse und Krankenhaus je zur Hälfte.

(3) Die nach Absatz 2 gebildete Schiedsstelle entscheidet auch über Streitigkeiten im Falle des § 413 Abs. 2.

§ 416

Bis zum Inkrafttreten der durch die Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze gelten die bisherigen Pflegesätze weiter. Die von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze können frühestens nach einem halben Jahr mit Vierteljahresfrist gekündigt werden.

§ 417

Die Landesverbände der Krankenkassen schließen mit den in ihrem Bezirk gelegenen Universitäten Verträge über die Behandlung der Berechtigten in den Polikliniken.

II. Verhältnis zu Apotheken

§ 418

(1) Die Apotheken haben den Kassen für die Arzneimittel einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt seine Höhe im Einvernehmen mit den Bundesministern des Innern und für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Für Apotheken mit geringem Umsatz, deren Erhaltung im Interesse einer geordneten Arzneimittelversorgung liegt, kann im Einzelfall die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes oder die von ihr beauftragte Stelle den Abschlag ermäßigen.

(2) Die Kasse kann die Bezahlung solcher Arzneimittel ablehnen, die der Leistungsempfänger nicht von Apotheken bezogen hat.

§ 419

Den Betrag der Zuzahlung (§ 188) hat sich die Apotheke bei der Abrechnung mit den Kassen anrechnen zu lassen.

III. Verhältnis zu Hebammen

§ 420

(1) Der Bundesminister des Innern setzt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Hebammen die Gebühren für alle Verrichtungen und Aufwendungen der Hebammen fest.

(2) Die Kassen haben die Gebühren unmittelbar an die Hebamme zu zahlen. Die Hebamme ist nicht berechtigt, weitergehende Ansprüche an die Schwangere oder Wöchnerin zu stellen.

IV. Verhältnis zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und zu Lieferanten

§ 421

(1) Die Kassen schließen mit Angehörigen sonstiger Heilberufe und mit Lieferanten Verträge über die Verrichtung von Diensten und die Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen können für die Kassen, die sie dazu bevollmächtigt haben, Verträge nach Absatz 1 mit den Berufsverbänden der Heilberufe und Lieferanten schließen. In diesem Falle sind zur Verrichtung von Diensten und zur Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln an Versicherte diejenigen Angehörigen der in Absatz 1 genannten Berufe berechtigt, die sich durch schriftliche Erklärung gegenüber den Kassen den Bedingungen dieser Verträge unterwerfen.

(3) Den Betrag der Kostenbeteiligung (§ 190 Abs. 3) haben sich die in Absatz 1 genannten Personen anrechnen zu lassen.

ZEHNTER ABSCHNITT

Aufsicht

§ 422

(1) Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Kassen.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten Behörden führen die Aufsicht über die landesunmittelbaren Kassen.

§ 423

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung führt die Aufsicht über

die Bundesverbände der Krankenkassen,
die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen,

die Anstalt des beratungsärztlichen Dienstes für den Bereich der Betriebskrankenkassen der Bundesbahn und des Bundesministers für Verkehr.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten Behörden führen die Aufsicht über

die Bezirksverbände der Krankenkassen,
die Landesverbände der Krankenkassen,
die Kassenärztlichen Vereinigungen,
die Zulassungsausschüsse,
die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes.

(3) Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen

Landesverbände der Krankenkassen
und
Kassenärztlichen Vereinigungen

führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde oder die nach Landesrecht bestimmte Behörde des Landes, in dem diese Verbände oder Vereinigungen ihren Sitz haben; die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen Behörden der übrigen beteiligten Länder wahrzunehmen.

(4) Für Inhalt und Umfang der Aufsicht gelten §§ 30 bis 34 entsprechend.

(5) Soweit dieses Buch die Zustimmung der Aufsichtsbehörde vorsieht, erstreckt sie sich auch auf Fragen der Zweckmäßigkeit.

§ 424

(1) Die Aufsichtsbehörde hat die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Körperschaften und Anstalten in der Regel alle zwei Jahre entweder selbst zu prüfen oder durch Prüfungseinrichtungen prüfen zu lassen, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes zugelassen hat.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen.

(3) Die Kosten der Prüfungen tragen die beteiligten Körperschaften und Anstalten.

§ 425

(1) Solange die Wahl der Organe einer Körperschaft oder Anstalt nicht zustande kommt oder die Organe sich weigern, die ihnen obliegenden Ge-

schäfte auszuführen, nimmt sie die Aufsichtsbehörde entweder selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Körperschaft oder Anstalt wahr.

(2) Kommen die Organe einer Körperschaft oder Anstalt einer Anordnung der Aufsichtsbehörde nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die Anordnung vollziehen, wenn sie dies im öffentlichen Interesse für geboten hält. Die Klage gegen die Anordnung hat auch im Falle des § 97 Abs. 1 Nr. 3 des Sozialgerichtsgesetzes keine aufschiebende Wirkung.

§ 426

Die Aufsichtsbehörde kann Ansprüche einer Betriebskrankenkasse gegen den Arbeitgeber aus seiner Geschäfts- und Rechnungsführung in Vertretung der Kasse selbst oder durch einen Beauftragten geltend machen.

ELFTER ABSCHNITT

Strafvorschriften und Zwangsgeld

§ 427

Der Geschäftsführer der Kasse kann gegen einen Versicherten, der vorsätzlich oder fahrlässig eine Bestimmung der Krankenordnung übertreibt, eine Ordnungsstrafe von drei bis fünfzig Deutsche Mark für jeden Übertretungsfall festsetzen, soweit die Krankenordnung auf diese Strafbestimmung verweist. § 28 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 428

Der Geschäftsführer der Kasse kann gegen

1. einen Arbeitgeber, Auftraggeber oder Versicherten, der vorsätzlich oder fahrlässig den ihm nach §§ 296, 299, 300, 301, 351, 366 obliegenden Meldepflichten nicht, unvollständig oder nicht fristgemäß nachkommt, oder die Meldung unrichtig erstattet,
2. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich dem Beschäftigten Beitragsteile abzieht, obwohl eine Anordnung nach § 320 Abs. 1 Satz 1 ergangen ist,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutsche Mark festsetzen. § 28 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 429

Wer vorsätzlich als Arbeitgeber dem Beschäftigten höhere Beitragsteile vom Entgelt abzieht, als dieses Gesetz oder die Satzung zuläßt, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft, wenn die Tat nicht nach anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

§ 430

Wer vorsätzlich als Arbeitgeber Beitragsteile, die er vom Entgelt des Beschäftigten einbehalten oder von ihm erhalten hat, der berechtigten Kasse vorenthält, wird mit Gefängnis bestraft. Daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Sind mil-

dernde Umstände vorhanden, so kann ausschließlich auf Geldstrafe erkannt werden.

§ 431

Soweit Vorschriften dieses Gesetzes Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen, gelten die Strafdrohungen auch gegenüber dem Mitglied des vertretungsberechtigten Organs einer juristischen Person, dem Mitglied des Vorstandes eines nicht rechtsfähigen Vereins, dem vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft oder gegenüber dem gesetzlichen Vertreter des Arbeitgebers oder Auftraggebers. Die Strafdrohungen gelten auch gegenüber dem Abwickler oder Liquidator.

§ 432

Die Kasse kann Arbeitgeber, Auftraggeber und Versicherte durch Zwangsgeld zur Erfüllung der ihnen durch §§ 324, 325 Abs. 4 Satz 2, §§ 326, 328, 352 Abs. 1 und 4 auferlegten Pflichten anhalten. § 28 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 433

(1) Der Arbeitgeber oder Auftraggeber darf die Pflichten, die ihm auf Grund dieses Gesetzes obliegen, auf Angehörige seines Betriebes übertragen.

(2) Handelt ein Beauftragter im Sinne des Absatzes 1 vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften zuwider, die Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen, so trifft ihn die Strafe.

(3) Handelt ein Beauftragter einer Vorschrift zuwider, deren Strafdrohung sich gegen Arbeitgeber oder Auftraggeber richtet, so kann gegen den Arbeitgeber oder Auftraggeber oder gegen die in § 431 genannten Personen oder, falls der Arbeitgeber oder Auftraggeber eine juristische Person oder eine Personenvereinigung ist, auch gegen diese eine Ordnungsstrafe von 3 bis 1000 Deutsche Mark festgesetzt werden, wenn der Arbeitgeber, Auftraggeber oder die in § 431 genannten Personen vorsätzlich oder fahrlässig ihre Pflicht zur sorgfältigen Auswahl des Beauftragten oder ihre allgemeine Aufsichtspflicht verletzt haben und der Verstoß hierauf beruht."

Artikel 2

Änderung von Gesetzen

§ 1

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. In § 119 Abs. 1 werden nach dem Wort „Berechtigten“ die Worte „mit Ausnahme des Anspruchs auf Krankengeld während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit“ eingefügt.

2. In § 141 Abs. 1 werden nach den Worten „eines Versicherungsträgers“ die Worte „eines Kassenverbandes, einer Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (§ 393) oder einer Anstalt des beratungsärztlichen Dienstes“ eingefügt.
3. § 557a erhält folgenden Absatz 2:
 „(2) Die Genossenschaft erstattet den Versicherten auf Antrag die Beträge, die sie nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung zugezahlt haben.“
4. In § 1239 wird Satz 4 gestrichen.
5. Nach § 1304 wird folgende Vorschrift eingefügt:
 „V. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner
 § 1304a
 Personen, die eine Rente beziehen, aber nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Versicherten gehören und nicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 versichert sind, erhalten auf Antrag als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der dem Durchschnitt der vom Rentenversicherungsträger im Vorjahr für die Pflichtversicherten gezahlten Beiträge entspricht. Dies gilt nicht in den Fällen des § 313.“
6. § 1400 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
 „(2) Bei der Beitragsberechnung ist von der für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Bemessungsgrundlage auszugehen. Überschreitet der Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung in entsprechender Anwendung des § 304 Abs. 1 berechnet.“
7. § 1434 wird gestrichen.
8. § 1437 wird gestrichen.
9. § 1508 wird gestrichen.
10. § 1524 Abs. 1 Satz 2 bis 5 erhält folgende Fassung:
 „Für Krankenpflege und Krankenhauspflege ist der wirkliche Aufwand zu ersetzen. Die Kosten für Arznei- und Verbandmittel werden pauschal für jeden Behandlungsfall erstattet. Die Höhe des Pauschbetrages bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.“
11. In § 1533 Nr. 3 werden die Worte „des Grundlohns“ durch die Worte „des der Beitragsbemessung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts“ ersetzt.
12. a) In § 1542 wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:
 „(2) Absatz 1 gilt entsprechend, soweit Personen, für die dem Versicherten Anspruch auf Familienhilfe zusteht, nach gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit oder Unfall erwachsen ist.“
 b) § 1542 Abs. 2 wird Absatz 3.
13. Im Fünften Buch wird der Dritte Abschnitt „Beziehungen der Ersatzkassen zu Trägern der Reichsversicherung und zu anderen Verpflichteten“ gestrichen.

§ 2

Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes

Das Angestelltenversicherungsgesetz wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. In § 16 wird Satz 4 gestrichen.
2. Nach § 83 wird folgende Vorschrift eingefügt:
 „V. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner
 § 83a
 Personen, die eine Rente beziehen, aber nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung genannten Versicherten gehören und nicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 der Reichsversicherungsordnung versichert sind, erhalten auf Antrag als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der dem Durchschnitt der von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Vorjahr für die Pflichtversicherten gezahlten Beiträge entspricht. Dies gilt nicht in den Fällen des § 313 der Reichsversicherungsordnung.“
3. § 122 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
 „(2) Bei der Beitragsberechnung ist von der für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Bemessungsgrundlage auszugehen. Überschreitet der Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung in entsprechender Anwendung des § 304 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung berechnet.“
4. § 156 wird gestrichen.
5. § 159 wird gestrichen.

§ 3

**Anderung des Gesetzes über
Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung**

Das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in der Fassung vom 3. April 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 321), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 27. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1069), wird wie folgt geändert:

1. § 53 Abs. 2 wird gestrichen.
2. In § 56 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „auf Grund des Angestelltenversicherungsgesetzes“ ersetzt durch die Worte „auf Grund der Rentenversicherungsgesetze“.
3. § 96 Abs. 4 wird gestrichen.
4. § 107 erhält folgende Fassung:

„§ 107

Für die Krankerversicherung der Arbeitslosen und der Empfänger von Stilllegungsvergütung (§ 126) gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und die zu ihrer Änderung, Ergänzung oder Durchführung erlassenen Vorschriften.“

5. Die §§ 108 bis 114, 124 und 128 werden gestrichen.
6. § 158 Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„§ 303 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung ist entsprechend anzuwenden.“
7. a) § 160 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Auf die Zahlung sind die §§ 28, 29, 296 Abs. 2, §§ 305, 314 bis 317 und 319 bis 322 der Reichsversicherungsordnung anzuwenden.“
b) § 160 Abs. 3 wird gestrichen; Absatz 4 wird Absatz 3.
8. Die §§ 162 und 163 werden gestrichen.
9. a) § 164 Abs. 2 Nr. 1 erhält folgende Fassung:
„1. für die nach § 56 Abs. 1 Versicherten, die für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind und deren Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung nicht überschreitet, nach der Bemessungsgrundlage, die nach der Reichsversicherungsordnung für die Bemessung des Beitrags zur Krankenversicherung maßgebend ist, für Lehrlinge, die keine Vergütung erhalten, nach der Lohnstufe, die die Satzung der Krankenkasse nach § 354 Abs. 2

der Reichsversicherungsordnung festgesetzt hat,“

- b) § 164 Abs. 3 und 5 wird gestrichen.
- c) Absatz 4 wird Absatz 3; die Worte „ , 175 Deutsche Mark wöchentlich“ werden gestrichen.

§ 4

**Anderung des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung
des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und
Arbeitslosenversicherung**

Artikel IX § 3 des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) wird gestrichen.

§ 5

Anderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. Der Vierte Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Vierter Abschnitt
Knappschaftliche Krankenversicherung

§ 15

(1) Nach der Reichsversicherungsordnung richtet sich, ob die nach § 1 versicherten Personen in der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind oder sich freiwillig versichern können. Die Satzung kann die Versicherungspflicht auf Personen erstrecken, die nach § 167 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sind.

(2) In der knappschaftlichen Krankenversicherung werden ferner versichert, wenn der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente (Gesamtleistung) zuständig ist,

1. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rentenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllen, diese Rente beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
2. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Hinterbliebenenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten,

während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war.

Voraussetzung der Versicherung ist, daß die genannten Personen nicht nach Absatz 1 oder nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 der Reichsversicherungsordnung oder freiwillig bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Für die in Nummer 2 genannten Personen ist ferner Voraussetzung, daß sie nicht nach Nummer 1 versichert sind.

§ 16

Art und Umfang der Leistungen richten sich nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist.

§ 17

(1) Wird ärztliche Behandlung durch Knappschaftsärzte (Knappschaftszahnärzte) gewährt, so finden § 185 Abs. 1 und 2 Satz 1 und § 187 der Reichsversicherungsordnung keine Anwendung.

(2) Der Versicherte hat die freie Wahl unter den Knappschaftsärzten (Knappschaftszahnärzten).

(3) Die Satzung regelt, wie bei ärztlicher Behandlung die Mitgliedschaft nachgewiesen und die Zuzahlung vermerkt wird.

§ 18

Die Satzung kann bestimmen, daß den nach § 15 Abs. 1 Satz 2 versicherten Angestellten die notwendige Krankenhauspflege in einer höheren Pflegeklasse gewährt wird. Die Beiträge sind entsprechend zu erhöhen.

§ 19

(1) Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Knappschaft, bei der sie rentenversichert sind.

(2) Die in § 15 Abs. 2 genannten Versicherten sind Mitglieder der Knappschaft, die für die Feststellung der Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung zuständig ist.

(3) Die §§ 276, 279 und 280 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

(4) Unständig Beschäftigte in knappschaftlich versicherten Betrieben sind nicht Mitglieder des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung; für sie gilt § 344 der Reichsversicherungsordnung.

§ 20

Für die Mitgliedschaft gelten die §§ 281 bis 288 der Reichsversicherungsordnung entsprechend."

2. In § 38 wird Satz 4 gestrichen.

3. § 74 wird gestrichen.

4. Im Fünften Abschnitt wird nach § 96 folgende Vorschrift eingefügt:

„6. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner

§ 96a

Personen, die eine Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen, aber nicht zu den in § 15 Abs. 2 genannten Versicherten gehören und nicht nach diesem Gesetz oder nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 der Reichsversicherungsordnung versichert sind, erhalten auf Antrag als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der sich aus den jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr festgestellten Aufwendungen der knappschaftlichen Krankenversicherung für die Rentner, bezogen auf die Anzahl der Rentner im Jahresdurchschnitt, errechnet. Er beträgt für jeden angefangenen Monat ein Zwölftel des Jahresbetrages und gilt vom 1. Juli eines jeden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Dies gilt nicht in den Fällen des § 313 der Reichsversicherungsordnung."

5. § 114 erhält folgenden Absatz 4:

„(4) § 320 Abs. 1 und 2 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.“

6. § 115 erhält folgende Fassung:

„§ 115

(1) Erstattet ein Arbeitgeber trotz Aufforderung die nach § 143 vorgeschriebenen Meldungen innerhalb einer von dem Träger der Knappschaftsversicherung festgesetzten Frist nicht, so kann dieser bis zur ordnungsmäßigen Meldung die Zahl der Versicherten, für welche Beiträge zu entrichten sind, nach seinem Ermessen bestimmen. Der Beitrag kann in der Höhe festgesetzt werden, der für Versicherte der gleichen Art erhoben wird.

(2) Die §§ 317 und 1400 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend."

7. Der Unterabschnitt II des Achten Abschnittes erhält folgende Fassung:

„II. Aufbringung und Verwaltung der Mittel in der knappschaftlichen Krankenversicherung

§ 117

(1) Für die Bemessung der Beiträge gelten die §§ 302 bis 305, 308, 309, 312 und 313 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Die Satzung bestimmt die Höhe der Beiträge. § 291 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

§ 118

Die Kosten der Krankenversicherung der Rentner erstattet der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung.

§ 119

§ 311 der Reichsversicherungsordnung gilt mit der Maßgabe, daß ein monatlicher Beitrag in Höhe des Zuschusses nach § 96a zu zahlen ist.

§ 120

(1) Für die Besonderheiten für das Beitragswesen gelten § 329 Abs. 1, §§ 331 und 332 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Decken bei dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung Beiträge in Höhe von 12 vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so hat der Bund die erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, kann er einen Vertreter mit der Wahrnehmung der Befugnisse der Organe beauftragen. Für diese Zeit ruhen die Aufgaben und Befugnisse der Organe.

§ 121

Für die Verwaltung der Mittel gelten die §§ 333 und 334 der Reichsversicherungsordnung, für die Auftragsangelegenheiten gilt § 340 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 122

Für die Rücklagen gelten die §§ 335 bis 338 der Reichsversicherungsordnung entsprechend mit der Maßgabe, daß die Rücklagen bei der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland gebildet und von ihr verwaltet werden."

8. a) § 142 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für das Vermögen gelten die §§ 25 bis 29 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.“

b) Dem § 142 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Aufsichtsbehörde kann auf Antrag des Trägers der Knappschaftsversicherung die geschäftsleitenden Bediensteten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Bedienstete des Trägers der Knappschaftsversicherung als Vollziehungsbeamte bestellen.“

9. Der Unterabschnitt VI des Achten Abschnitts erhält folgende Fassung:

„VI. Meldepflicht und Überwachung

§ 143

(1) Die Arbeitgeber haben jeden bei ihnen Beschäftigten, der nach diesem Gesetz versicherungspflichtig ist, bei dem Träger der Knappschaftsversicherung anzumelden und nach Beendigung der Beschäftigung wieder abzumelden. Die Satzung bestimmt das Nähere.

(2) Außerdem gelten für die knappschaftliche Krankenversicherung die §§ 297 bis 301 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 144

(1) Der Träger der Knappschaftsversicherung überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge und beanstandet Beiträge, die zu Unrecht geleistet sind.

(2) Die Arbeitgeber haben dem Träger der Knappschaftsversicherung oder seinen Beauftragten über die Beschäftigten, ihren Arbeitsentgelt und die Art und Dauer ihrer Beschäftigung Auskunft zu geben. Sie haben die Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle vorzulegen.

(3) Auch die Versicherten haben Auskunft im Sinne des Absatzes 2 über ihre Person zu geben und dem Träger der Knappschaftsversicherung alle für die Prüfung ihres Versicherungsverhältnisses erforderlichen Unterlagen auf Anforderung zur Einsichtnahme vorzulegen.

(4) Der Träger der Knappschaftsversicherung kann die Arbeitgeber und die Versicherten durch Zwangsgeld zur Erfüllung dieser Pflichten anhalten.

(5) Entstehen durch die Überwachung Barauslagen, so können sie dem Arbeitgeber auferlegt werden, wenn er sie durch Pflichtver säumnis verursacht hat.

(6) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Überwachungsvorschriften erlassen. Darin kann vorgesehen werden, daß der Träger der Knappschaftsversicherung die Arbeitgeber und die Versicherten zur Befolgung der Vorschriften durch Zwangsgeld anhalten kann.“

10. Der Zehnte Abschnitt wird wie folgt gefaßt:

„Aufsicht

§ 189

(1) Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über

die bundesunmittelbaren Träger der Knappschaftsversicherung,
die für den Bereich der Knappschaftsversicherung errichtete Anstalt des beratungsärztlichen Dienstes,
die Knappschaftsärztliche Vereinigung und die Knappschaftszahnärztliche Vereinigung.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten sonstigen Behörden führen die Aufsicht über die landesunmittelbaren Träger der Knappschaftsversicherung.

§ 190

(1) Für den Inhalt und Umfang der Aufsicht gelten die §§ 30 bis 34 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Soweit die Zustimmung der Aufsichtsbehörde vorgesehen ist, erstreckt sie sich auch auf Fragen der Zweckmäßigkeit.

(3) Die §§ 424 und 425 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend."

11. § 203 wird gestrichen.

12. Der Zwölfte Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Zwölfter Abschnitt

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte,
Verhältnis zu Dritten

I. Kassenärzte und Kassenzahnärzte; Verhältnis
zu Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen,
Angehörigen sonstiger Heilberufe
und Lieferanten

§ 199

Für die Kassenärzte und Kassenzahnärzte gelten die §§ 381 bis 385, 386 Abs. 1 und 2 und §§ 387 bis 398 der Reichsversicherungsordnung, für das Verhältnis zu Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen sowie zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und Lieferanten die §§ 413 bis 421 der Reichsversicherungsordnung entsprechend, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist.

II. Knappschaftsärzte und Knappschafts-
zahnärzte

§ 200

Die Satzung kann bestimmen, daß die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten und ihrer Familienangehörigen (knappschaftsärztliche Versorgung) in näher bezeichneten Bezirken nur durch Vertragsärzte des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung (Knappschaftsärzte) gewährt wird; die freie Wahl unter mehreren Knappschaftsärzten muß gewährleistet sein.

§ 201

(1) Die Knappschaftsärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören ärztliche Maßnahmen der Vorsorgehilfe, die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen, die der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.

(2) Für die Knappschaftsärzte gelten nur die §§ 202 bis 209.

§ 202

Der Knappschaftsarzt muß für den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hauptberuflich tätig sein.

§ 203

(1) Um die Stelle eines Knappschaftsarztes kann sich jeder Arzt bewerben, der eine beson-

dere Vorbereitungszeit abgeleistet hat. Dauer und Art der Vorbereitungszeit bestimmt die Satzung.

(2) Freie Stellen sind vom Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung auszuscheiden. Die Satzung bestimmt das Nähere über die Art der Ausschreibung.

§ 204

(1) Die Stelle eines Knappschaftsarztes wird durch Vertrag zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und dem Arzt übertragen. Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hat mit dem nach Absatz 2 ausgewählten Arzt den Vertrag unter den für die Knappschaftsärzte üblichen Bedingungen zu schließen.

(2) Die Auswahl des Arztes trifft ein Ausschuß des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung.

(3) Der Ausschuß besteht aus sechs Vertretern des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung, von denen vier Vertreter der Versicherten und zwei Vertreter der Arbeitgeber sein müssen, sowie drei Vertretern der Knappschaftsärztlichen Vereinigung.

§ 205

(1) Der Knappschaftsarzt ist zu sachgemäßer ärztlicher Behandlung verpflichtet.

(2) Der Knappschaftsarzt darf Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges oder die Erkennung der Krankheit oder zur Abwendung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen.

(3) Verstößt ein Knappschaftsarzt gegen die Bestimmungen des Absatzes 2, so ist die Angelegenheit auf Antrag der Knappschaftsärztlichen Vereinigung oder des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung von einem gemeinsamen Prüfungsausschuß der Knappschaftsärzte und des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung zu prüfen. Der Knappschaftsarzt ist hierbei zu hören. Mehrausgaben, die der Knappschaftsarzt durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet hat, sind von ihm zu erstatten. Der Prüfungsausschuß entscheidet, ob solche Mehrausgaben entstanden sind und setzt den zu erstattenden Betrag fest.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland und die Knappschaftsärztliche Vereinigung regeln das Nähere über die Bildung der Prüfungsausschüsse und das Prüfungsverfahren durch Verträge. Kommt ein Vertrag nicht zustande, so regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bildung der Prüfungsausschüsse und das Prüfungsverfahren. Die Kosten für die gemeinsamen Prüfungsausschüsse tragen die Knapp-

schaftsärztliche Vereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften je zur Hälfte.

§ 206

Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung vergütet die ärztlichen Leistungen nach einem Vertrag, der zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Knappschaftsärztlichen Vereinigung zu schließen ist. Der Knappschaftsarzt muß sich den Betrag der Zuzahlung (§ 186 der Reichsversicherungsordnung) anrechnen lassen.

§ 207

Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der knappschaftsärztlichen Versorgung bilden die Knappschaftsärzte eine Knappschaftsärztliche Vereinigung.

§ 208

(1) Die Knappschaftsärztliche Vereinigung und der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung haben die knappschaftsärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Sie haben die Erfüllung der den Knappschaftsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen.

(2) § 393 Abs. 3, §§ 394, 395 Abs. 2 bis 4 und § 396 der Reichsversicherungsordnung sowie die Vorschriften über die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen gelten **entsprechend**.

§ 209

Die Knappschaftsärztliche Vereinigung ist Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

§ 210

Für die knappschaftszahnärztliche Versorgung, die Knappschaftszahnärzte und deren Vereinigung gelten die §§ 200 bis 209 entsprechend.

III. Beratungsärzte

§ 211

Der beratungsärztliche Dienst berät den Träger der Knappschaftsversicherung bei der Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und von Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit; er unterstützt ihn bei der Ermittlung und Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht sowie den Leistungsumfang und bei der Leistungsgewährung.

§ 212

(1) Als Träger des beratungsärztlichen Dienstes wird eine Anstalt des öffentlichen Rechts für den Bereich der Knappschaftsversicherung errichtet. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates nicht bedarf, das Nähere über den Sitz der An-

stalt, den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit und die Dienstverhältnisse der Bediensteten, soweit diese nicht üblicherweise durch Tarifvertrag geregelt werden.

(2) Im Bereich einer jeden Knappschaft sind Dienststellen des beratungsärztlichen Dienstes nach Bedarf zu errichten.

(3) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann sich die Anstalt der Mitwirkung anderer Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes bedienen. Diese sind verpflichtet, dem Ersuchen zu entsprechen. Für die Erstattung der Kosten gilt § 404 der Reichsversicherungsordnung entsprechend; eine pauschale Abgeltung kann vereinbart werden.

§ 213

Die Anstalt wird von einem Vorstand verwaltet. Der Vorstand besteht aus Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die Knappschaftsärztliche und die Knappschaftszahnärztliche Vereinigung entsenden in den Vorstand je einen Vertreter, der beratende Stimme hat. Das Nähere über die Zusammensetzung des Vorstandes und die Zahl seiner Mitglieder bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates nicht bedarf.

§ 214

(1) Die Kosten des beratungsärztlichen Dienstes tragen die Knappschaften. Die Kosten werden zwischen der knappschaftlichen Krankenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung im Verhältnis der Inanspruchnahme aufgeteilt. Die Satzung des Trägers der Knappschaftsversicherung bestimmt das Nähere.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die von ihm beauftragte Stelle erläßt die Dienstanweisung für den beratungsärztlichen Dienst.

(3) § 400 Abs. 3 und 4, § 401 Abs. 2, §§ 402, 403, 405, 407 bis 409, 410 Abs. 1, §§ 411 und 412 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung sowie die Vorschriften über die Selbstverwaltung der Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes gelten entsprechend."

13. Die §§ 233 und 234 erhalten folgende Fassung:

„§ 233

(1) Die §§ 139 bis 145, 147 und 148 der Reichsversicherungsordnung gelten.

(2) Wer vorsätzlich als Arbeitgeber dem Beschäftigten höhere Beitragsteile vom Entgelt abzieht, als dieses Gesetz oder die Satzung zuläßt, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft, wenn die Tat nicht nach anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

(3) Wer vorsätzlich als Arbeitgeber Beitrags- teile, die er vom Entgelt des Beschäftigten ein- behalten oder von ihm erhalten hat, dem Trä- ger der Knappschaftsversicherung vorenthält, wird mit Gefängnis bestraft. Daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Sind mildernde Um- stände vorhanden, so kann ausschließlich auf Geldstrafe erkannt werden.

§ 234

(1) Der Träger der Knappschaftsversicherung kann gegen

1. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich dem Beschäftigten Beitragsteile ab- zieht, obwohl eine Anordnung nach § 114 Abs. 4 in Verbindung mit § 320 Abs. 1 Satz 1 der Reichsversicherungs- ordnung ergangen ist,
2. einen Arbeitgeber oder Versicherten der vorsätzlich oder fahrlässig der ihm nach § 143 obliegenden Melde- pflicht nicht, unvollständig oder nicht fristgemäß nachkommt oder die Mel- dung unrichtig erstattet,
3. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig in Nachweisen oder Anzeigen, die er nach den Vorschrif- ten dieses Gesetzes oder auf Grund einer Vorschrift einer nach § 144 Abs. 6 erlassenen Rechtsverordnung aufzustellen hat, unrichtige Eintra- gungen aufnimmt oder die vorge- schriebenen Eintragungen ganz oder teilweise unterläßt, oder
4. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig die Beiträge für seine versicherungspflichtigen Beschäftigten nicht rechtzeitig abführt,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutsche Mark festsetzen. Die Ordnungsstrafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

(2) Für Verstöße gegen die Krankenordnung gilt § 427 der Reichsversicherungsordnung.

14. Nach § 234 wird folgender § 234a eingefügt:

„§ 234a

Die §§ 431 und 432 der Reichsversicherungs- ordnung gelten auch bei Anwendung des § 233 Abs. 2 und 3 und des § 234.“

§ 6

Änderung des Knappschaftsversicherungs- Anpassungsgesetzes

Dem § 6 des Gesetzes über die Anpassung von Leistungen der knappschaftlichen Rentenversiche- rung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und

über ihre finanzielle Sicherstellung (Knappschafts- versicherungs-Anpassungsgesetz) vom 30. Juli 1949 (Wirtschaftsgesetzblatt der Verwaltung des Ver- einigten Wirtschaftsgebietes S. 202), zuletzt geän- dert durch das Gesetz vom 7. August 1953 (Bundes- gesetzbl. I S. 848), wird folgender Absatz 3 ange- fügt:

„(3) Die Arbeitsgemeinschaft hat auch die den Landes- und Bundesverbänden der gesetzlichen Kran- kenkassen nach der Reichsversicherungsordnung zu- gewiesenen Aufgaben in entsprechender Anwen- dung der §§ 376, 377 und 379 der Reichsversiche- rungsordnung wahrzunehmen.“

§ 7

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mut- ter (Mutterschutzgesetz) vom 24. Januar 1952 (Bun- desgesetzbl. I S. 69) wird wie folgt geändert:

1. § 9 Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„(2) Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr be- stimmte Stelle kann in besonderen Fällen aus- nahmsweise die Kündigung für zulässig erklä- ren.“

2. In § 10 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „soweit sie nicht Wochengeld nach § 13 beziehen kön- nen“ durch die Worte „soweit sie nicht Mutter- schaftsgeld nach den Vorschriften der Reichsver- sicherungsordnung erhalten“ ersetzt.

3. § 11 erhält folgende Fassung:

„§ 11

Hausgehilfinnen und Tagesmädchen erhalten, falls ihr Arbeitsverhältnis durch Kündigung sei- tens des Arbeitgebers nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft aufgelöst worden ist (§ 9 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1) vom Zeitpunkt der Auflösung des Arbeitsverhältnisses an bis zum Einsetzen der Leistungen nach § 212 der Reichsversicherungsordnung eine wöchentlich nachträglich zahlbare Sonderunterstützung in Höhe des Durchschnittsverdienstes der letzten dreizehn Wochen oder, falls das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen ist, in Höhe des Durch- schnittsverdienstes der letzten drei Monate, je- doch mindestens drei Deutsche Mark für jeden Kalendertag. Auf die Sonderunterstützung wer- den eine anlässlich des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis empfangene Abfindung oder Entschädigung sowie ein Arbeitsentgelt in voller Höhe angerechnet. Die Sonderunterstützung wird von der Krankenkasse gezahlt und vom Bund erstattet.“

4. In § 12 Abs. 1 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

5. § 13 erhält folgende Fassung:

„§ 13

(1) Als Verdienst im Sinne des § 11 gilt das um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt.

(2) Die Sonderunterstützung nach § 11 unterliegt nicht der Einkommensteuer.

(3) Für das Verfahren bei Feststellung der Sonderunterstützung nach § 11 gelten die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Feststellung der Leistungen der Krankenversicherung entsprechend.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Berechnung und Auszahlung der Sonderunterstützung erlassen.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Vorschüssen der Sonderunterstützung nach § 11.“

6. Die §§ 14, 15 und 16 werden gestrichen.

7. In § 24 werden die Worte „§ 13 Abs. 2“ gestrichen.

§ 8

Anderung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle

Das Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 649) wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 1 Abs. 1 Satz 2 bis 4 erhält folgende Fassung:

„Der Zuschuß ist zu gewähren in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder dem Rechnungsbetrag des Krankengeldes, der zu zahlen wäre, wenn keine Krankenhauspflege gewährt würde, oder den entsprechenden Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und neunzig vom Hundert des Nettoarbeitsentgelts (§ 2 Abs. 1). Kürzungen des Krankengeldes (§ 205 der Reichsversicherungsordnung) werden bei der Berechnung des Zuschusses nicht berücksichtigt. Den Zuschuß hat der Arbeitgeber bis zu einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen zu zahlen.“

2. § 2 erhält folgende Fassung:

„§ 2

Nettoarbeitsentgelt und Berechnung des Zuschusses

(1) Nettoarbeitsentgelt im Sinne des § 1 ist das um die gesetzlichen Lohnabzüge verminderte Arbeitsentgelt. Einmalig gezahlte Zuwendungen bleiben außer Betracht.

(2) Für die Berechnung des Zuschusses ist das im letzten abgerechneten Kalendermonat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielte Nettoarbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die Arbeitsentgelt gezahlt wurde. Der Zuschuß ist für die Tage zu zahlen, für die der Arbeiter Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder die entsprechenden Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhält. Dabei ist für den Tag ein Sechstel der durch Tarifvertrag oder Einzelvertrag festgesetzten regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden anzusetzen; das Teilungsergebnis ist auf volle Zehntel aufzurunden. Ist nach der Satzung der Krankenkasse Krankengeld nur für Arbeitstage und bezahlte Feiertage zu zahlen, so ist für den Arbeitstag oder bezahlten Feiertag ein Fünftel der durch Tarifvertrag oder Einzelvertrag festgesetzten regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden anzusetzen.“

3. In § 7 wird das Wort „bleibt“ durch die Worte „und § 4 der Richtlinien für die Erziehungsbeihilfen und sonstigen Leistungen an Lehrlinge und Anlernlinge im öffentlichen Dienst vom 9. Dezember 1943 (Reichsarbeitsblatt 1944 Teil IV S. 5) bleiben“ ersetzt.

4. Der Zweite Abschnitt und § 10 Nr. 4 und 5 werden gestrichen.

§ 9

Anderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz wird wie folgt geändert:

1. In § 70 Nr. 3 wird das Komma hinter dem Wort „bestimmt“ durch einen Punkt ersetzt; Nummer 4 wird gestrichen.

2. In § 71 wird Absatz 4 gestrichen; Absatz 5 wird Absatz 4 und Absatz 6 wird Absatz 5.

3. § 81 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. wenn in Angelegenheiten des Kassenarztrechts gegen Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 394 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung oder gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses Klage erhoben werden soll,“

4. § 97 Abs. 1 Nr. 4 erhält folgende Fassung:
- „4. wenn die Aufhebung einer Entscheidung in Zulassungssachen (§ 388 der Reichsversicherungsordnung) begehrt wird.“
5. In § 97 Abs. 3 werden die Worte „oder eine angeordnete Vollziehung aussetzen“ gestrichen.

§ 10

Änderung des Krankenpflegegesetzes

Im Krankenpflegegesetz vom 15. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 716) wird § 22 Abs. 2 gestrichen.

§ 11

Änderung des Seemannsgesetzes

Das Seemannsgesetz vom 26. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. II S. 713) wird wie folgt geändert:

- § 45 Abs. 2 wird gestrichen.
- In § 45 Abs. 3 werden die Worte „in den Fällen der Absätze 1 und 2“ durch die Worte „im Falle des Absatzes 1“ ersetzt; Absatz 3 wird Absatz 2.

§ 12

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

Im Bundesvertriebenengesetz vom 19. Mai 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 201) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. August 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1215) wird § 70 gestrichen.

§ 13

Änderung des Bundesevakuiertengesetzes

Im Bundesevakuiertengesetz vom 14. Juli 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 586) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Oktober 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1687) wird § 11 gestrichen.

§ 14

Änderung des Heimkehrergesetzes

Das Heimkehrergesetz vom 19. Juni 1950 (Bundesgesetzbl. S. 221), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) wird wie folgt geändert:

- § 7b wird gestrichen.
- a) § 22 Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

- b) In § 22 Abs. 2 werden die Worte „§ 176 Abs. 3“ durch die Worte „§ 172 Abs. 2 und 3“ ersetzt.

3. a) § 23 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Der Bemessung der Barleistungen wird das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das für die Berechnung des Arbeitslosengeldes maßgebend wäre, auf das der Heimkehrer im Falle der Arbeitslosigkeit Anspruch haben würde. Wiederkehrende Barleistungen sind für Kalendertage zu gewähren.“

- b) In § 23 Abs. 4 werden die Worte „§ 212 Abs. 1“ durch die Worte „§ 224“ ersetzt.

4. § 23a erhält folgende Fassung:

„§ 23a

§ 23 Abs. 3 gilt unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen auch für die Heimkehrer, die zwar nach anderen gesetzlichen Vorschriften einen Anspruch auf Krankenhilfe haben, jedoch Barleistungen entweder nicht oder nach einer niedrigeren Bemessungsgrundlage erhalten. § 201 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bleibt unberührt.“

5. § 27 Abs. 3 wird gestrichen.

§ 15

Änderung des Bundesentschädigungsgesetzes

Das Bundesentschädigungsgesetz in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Bundesergänzungsgesetzes zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung vom 29. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 559) zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 663) wird wie folgt geändert:

- § 67 Abs. 2 wird gestrichen; Absatz 3 wird Absatz 2 und Absatz 4 wird Absatz 3. Im neuen Absatz 2 werden die Worte „und 2 berühren“ durch das Wort „berührt“ ersetzt.
- § 115 Abs. 2 wird gestrichen.

Artikel 3**Überleitungsvorschriften****I. Kreis der versicherten Personen**

§ 1

(1) Die Versicherungspflicht der Personen, die durch die Vorschriften dieses Gesetzes versicherungsfrei werden, endet mit Ablauf des sechsten Monats nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen können die Versicherung binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht freiwillig fortsetzen, auch wenn die Voraussetzungen des § 171 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllt sind.

§ 2

(1) Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) versicherungspflichtig sind oder versicherungspflichtig wären, wenn sie nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften versichert wären, aber die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 oder 6 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllen, bleiben versicherungspflichtig, solange sie Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen. § 166 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gilt.

(2) Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 5 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19. Mai 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 287) oder nach § 1 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409) versicherungspflichtig sind, aber die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 15 Abs. 2 Satz 1 des Reichsknappschaftsgesetzes nicht erfüllen, bleiben versicherungspflichtig, solange sie Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen. § 15 Abs. 2 Satz 2 des Reichsknappschaftsgesetzes gilt.

§ 3

Für die in § 166 Abs. 1 Nr. 6 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht versicherungspflichtig sind, beginnen Rechte und Pflichten aus der Pflichtversicherung mit dem Ersten des Monats, in dem sie sich bei der Kasse melden.

§ 4

Bei Personen, die eine Rente ausschließlich nach dem Fremdrenten- und Auslandsrentengesetz vom 7. August 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 848) beantragen, tritt für die Berechnung der Frist des § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung oder des § 15 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes an die Stelle des Zeitpunktes des Rentenantrages oder des Todes der Tag, an dem sie ihren ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes genommen haben. Als Pflichtversicherung im Sinne des § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung oder des § 15 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes gilt jede durch Gesetz angeordnete Versicherung oder Versorgung für den Fall der Krankheit.

II. Leistungen der Versicherung

§ 5

Für Versicherungsfälle, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetreten sind und für die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes noch Leistungen zu gewährt sind, gelten die Besonderheiten der §§ 6 bis 10.

§ 6

Bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung ist dem Arzt eine Mitgliedsbescheinigung nach § 187 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung vorzulegen. Die Zuzahlungspflicht beginnt ohne Rücksicht auf die Dauer der vorausgegangenen Behandlung mit Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die Zuzahlung ist nicht zu leisten, solange der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat und keinen Zuschuß nach § 1 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle erhält.

§ 7

Zeiten des Bezuges von Krankenhauspflege und Krankengeld, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes liegen, werden, wenn es sich um dieselbe Krankheit handelt, auf die Bezugszeiten nach neuem Recht angerechnet.

§ 8

Besteht bei Inkrafttreten dieses Gesetzes Arbeitsunfähigkeit, so ist Krankengeld nach der bisherigen Bemessungsgrundlage (Grundlohn) und für Kalendertage weiterzuzahlen. Für die Gesamtdauer gilt § 203 der Reichsversicherungsordnung. Für die Berechnung des Krankengeldes gelten die in § 197 der Reichsversicherungsordnung genannten Vomhundertsätze. Dies gilt entsprechend für das Krankengeld nach § 204 der Reichsversicherungsordnung.

§ 9

Leistungen im Falle der Mutterschaft werden nach dem bisherigen Recht gewährt, wenn die Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen hat. Für diese Fälle richtet sich die Erstattungspflicht des Bundes nach bisherigem Recht.

§ 10

Für Leistungen der Familienhilfe gelten die §§ 6, 7 und 9 entsprechend. Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes für Angehörige Familienhilfe nicht mehr gewährt wird, endet der Anspruch auf Leistungen spätestens 26 Wochen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

§ 11

Die in § 191 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung genannte Leistung wird erstmals vom sech-

sten Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes an gewährt.

§ 12

(1) Zusatzsterbegeldversicherungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409) in Verbindung mit § 13 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689) und nach Artikel 2 § 10 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) können in der Höhe weitergeführt werden, in der sie im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehen. Zuständig ist der Träger der Krankenversicherung, bei dem die Zusatzversicherung in diesem Zeitpunkt besteht.

(2) Die Satzung des Trägers der Krankenversicherung bestimmt die Höhe des monatlichen Beitrages zur Zusatzsterbegeldversicherung; dieser darf den Betrag von fünf Deutsche Pfennig für je fünf Deutsche Mark nicht übersteigen.

(3) Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden sonstigen Zusatzversicherungen erlöschen.

(4) Neue Zusatzversicherungen können nicht mehr abgeschlossen werden.

III. Träger der Versicherung

§ 13

(1) Soweit die Bezirke der im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Ortskrankenkassen von der Vorschrift des § 235 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abweichen, gelten diese Ortskrankenkassen als angeordnet im Sinne des § 235 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, bis die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Anordnung ändert oder widerruft.

(2) Die besondere Ortskrankenkasse für Schiffer in Lauenburg gilt als Ortskrankenkasse im Sinne des Absatzes 1.

(3) Solange für den Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises eine Ortskrankenkasse nicht besteht, sind die Aufgaben der Ortskrankenkasse von der Landkrankenkasse wahrzunehmen.

§ 14

(1) Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Landkrankenkassen gelten als angeordnet im Sinne des § 238 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Betriebs- und Innungskrankenkassen, die vor dem 1. Januar 1914 errichtet worden sind, werden geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 100 beträgt.

(3) Ersatzkassen, die vor dem 1. Januar 1914 zugelassen worden sind, werden geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 300 beträgt.

IV. Aufbringung und Verwaltung der Mittel

§ 15

Ist bei einer Kasse die Zahl der nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung und § 2 Abs. 1 dieses Artikels Versicherten im Verhältnis zu der Zahl der nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung Versicherten um ein Drittel höher als im Durchschnitt aller Kassen im Geltungsbereich dieses Gesetzes und wird die Kasse dadurch unangemessen belastet, so kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die von ihm bestimmte Stelle auf Antrag der Kasse zulassen, daß die Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage nach § 310 der Reichsversicherungsordnung ganz oder teilweise und für eine bestimmte Zeitdauer unterbleibt.

§ 16

Soweit für die Berechnung der Ausgaben für Leistungen ohne Krankengeld im Sinne des § 310 Satz 5 der Reichsversicherungsordnung ein Zeitraum in Betracht kommt, der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes liegt, ist unter Krankengeld auch Hausgeld zu verstehen.

§ 17

(1) Das als Rücklage der Kassen bei den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben angesammelte Vermögen ist nach Höhe der Rücklageguthaben zur Hälfte auf den zuständigen Landesverband der Krankenkassen, zur Hälfte auf die einzelnen Kassen zu übertragen. Gehört die Kasse keinem Landesverband an, so ist ihr der ihrem Rücklageguthaben entsprechende Vermögensanteil ganz zu übertragen.

(2) Hat die Kasse die Rücklage selbst verwaltet, so ist das Rücklagevermögen zur Hälfte auf den zuständigen Landesverband der Krankenkassen zu übertragen, sofern die Kasse die Rücklage nach § 335 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung nicht selbst zu bilden hat. Die Träger der Knappschaftlichen Krankenversicherung übertragen die bei ihnen gebildete Rücklage der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

(3) Bei Streit über die Höhe der Rücklageguthaben entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem die Kasse ihren Sitz hat.

§ 18

Bis zu der in § 340 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Regelung sind für Auftragsangelegenheiten an die Kassen Verwaltungskosten in Höhe von sieben vom Hundert der seit Inkrafttreten dieses Gesetzes für die Auftrags-

angelegenheit entstandenen Ausgaben zu zahlen, soweit nicht nach bisherigen Vorschriften andere Sätze vorgesehen sind.

V. Kassenverbände

§ 19

(1) Die bestehenden Kassenverbände (§ 406 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung) werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bezirksverbände nach § 367 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Vertreterversammlungen der in Absatz 1 genannten Kassenverbände sind mit Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgelöst; ihre Vorstände gelten als Vorstände im Sinne des § 367 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung.

(3) Gerichtsgebühren und andere Abgaben, die aus Anlaß und in Durchführung der Vorschriften des Absatzes 1 entstehen, werden nicht erhoben; bare Auslagen bleiben außer Ansatz. Zum Nachweis des Übergangs des Eigentums an einem Grundstück genügt gegenüber dem Grundbuchamt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt für sonstige im Grundbuch eingetragene Rechte entsprechend.

§ 20

(1) Landesverbände der Krankenkassen, deren Grenzen von denjenigen abweichen, die in § 371 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bestimmt sind, bleiben bestehen, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Zustimmung widerruft.

(2) Wird die Zustimmung widerrufen, so findet eine Auseinandersetzung statt. Das Nähere über die Auseinandersetzung bestimmen die beteiligten Länder.

§ 21

(1) Der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bundesverbände der Ersatzkassen nach § 372 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Mitgliederversammlungen und Vorstände der in Absatz 1 genannten Verbände gelten mit Inkrafttreten dieses Gesetzes als Vertreterversammlungen und Vorstände der Bundesverbände der Ersatzkassen.

(3) Die Vertreterversammlungen beschließen erstmalig innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Satzung der Bundesverbände. Die Neuwahl der Organe ist innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung durchzuführen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Organe endet erstmals mit dem 30. Juni 1962.

(4) Die Rechte und Pflichten des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und des Verbandes der

Angestellten-Krankenkassen e. V. gehen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf die entsprechenden Bundesverbände über. § 19 Abs. 3 dieses Artikels gilt entsprechend.

VI. Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

§ 22

(1) Die Zulassungsausschüsse (§ 388 der Reichsversicherungsordnung) sind innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Zulassungsordnung (§ 389 der Reichsversicherungsordnung) zu errichten. Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse bleiben bis zur Errichtung bestehen. Sie können zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Ärzte und Zahnärzte nur nach § 30 der Zulassungsordnung für Ärzte und Zahnärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 572 und S. 582) beteiligen.

(2) Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in Zulassungssachen anhängigen Verfahren ruhen bis zum Inkrafttreten der Zulassungsordnung. Die Zulassungsordnung regelt die Weiterführung dieser Verfahren nach den Grundsätzen der §§ 384 ff. der Reichsversicherungsordnung.

(3) Bis zum Inkrafttreten der Zulassungsordnung nach § 389 der Reichsversicherungsordnung gelten die Vorschriften der Zulassungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 572 und S. 582) über das Verfahren bei Entziehung, Ruhen und Ende der Zulassung weiter.

§ 23

Kassenärztliche Vereinigungen, deren Grenzen von denjenigen abweichen, die in § 393 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bestimmt sind, bleiben bestehen, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Zustimmung widerruft. § 20 Abs. 2 dieses Artikels gilt entsprechend.

§ 24

(1) Macht der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung von der Ermächtigung des § 200 des Reichsknappschaftsgesetzes Gebrauch, so werden die Ärzte, die auf Grund von Verträgen hauptberuflich die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten durchführen, Knappschaftsärzte im Sinne der §§ 200 ff. des Reichsknappschaftsgesetzes. Ihre Rechte aus den Verträgen bleiben unberührt.

(2) Macht der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung von der Ermächtigung des § 200 des Reichsknappschaftsgesetzes keinen Gebrauch, so können die Verträge mit den Ärzten, die bisher die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten durchzuführen hatten, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt gekündigt werden. Die aus den Verträgen bisher erworbenen Rechte bleiben unberührt.

(3) Ärzte, deren Vertrag nach Absatz 2 gekündigt ist, sind mit Wirksamwerden der Kündigung zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen. Als Kassenarztsitz gilt der Ort der Niederlassung.

§ 25

(1) Die Arbeitsgemeinschaft der Vereinigungen der Knappschaftsärzte e. V. und die Vereinigung der Knappschaftszahnärzte e. V. werden mit dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt Knappschaftsärztliche Vereinigung und Knappschaftszahnärztliche Vereinigung im Sinne des § 207 des Reichsknappschaftsgesetzes.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Vorstände führen die Geschäfte bis zur Bildung der Organe weiter. Sie nehmen auch die Befugnisse der Vertreterversammlung nach § 208 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 394 der Reichsversicherungsordnung wahr.

(3) Die Satzung nach § 208 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes ist innerhalb von drei Monaten nach dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt zu beschließen.

(4) Die Organe sind erstmalig innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung zu wählen.

§ 26

(1) Bis zur Aufnahme der Tätigkeit der in § 400 der Reichsversicherungsordnung und § 212 des Reichsknappschaftsgesetzes genannten Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes nimmt deren Aufgaben der seitherige vertrauensärztliche Dienst wahr.

(2) In die Errichtungsvorschriften der Länder über die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes sind auch Vorschriften über den Übergang von Vermögen, das die bisherigen Träger des vertrauensärztlichen Dienstes für die Durchführung ihrer Aufgaben aus Mitteln der Krankenversicherung erworben haben, auf die zu errichtenden Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes aufzunehmen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Übernahme von Personal und den Übergang von Vermögen der bisherigen Träger des vertrauensärztlichen Dienstes der Knappschaften auf die für den Bereich der Knappschaftsversicherung errichtete Anstalt des beratungsärztlichen Dienstes.

VII. Zuschüsse des Arbeitgebers nach dem Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle

§ 27

Besteht bei Inkrafttreten dieses Gesetzes Anspruch auf Zahlung des Zuschusses nach § 1 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle, so richten sich Berechnung und Zahlung des Zuschusses nach bisherigem Recht.

Artikel 4

Übergangsvorschriften

I. Recht der Selbstverwaltung

Bis zur Neuregelung des Rechts der Selbstverwaltung gelten folgende Vorschriften:

§ 1

(1) Für Organe und Geschäftsführer der Kassenverbände nach §§ 367 ff. der Reichsversicherungsordnung gelten § 2 Abs. 5 Satz 1, Abs. 6, 11 Satz 2 bis 4 und Abs. 12, §§ 3, 4 Abs. 7, §§ 5, 6 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1, 3 bis 5 und § 8 Abs. 1 Buchstabe a Satz 1, Abs. 3, 4 und 6 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

(2) § 5 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes gilt nicht für die Bundesverbände der Ersatzkassen.

§ 2

(1) Bei den Landes- und Bundesverbänden nach den §§ 371 ff. der Reichsversicherungsordnung werden als Organe der Selbstverwaltung je eine Vertreterversammlung und je ein Vorstand nach näherer Bestimmung der Satzungen gewählt. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen alle Mitgliedskassen vertreten sein. Umfaßt ein Landesverband mehr als fünfzig Mitgliedskassen, so kann die Satzung Abweichendes bestimmen.

(2) Die Organe setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den Mitgliedern der Vorstände der Verbandsmitglieder aus deren Reihen gewählt. Bei der Bildung der Organe des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen sind die Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Betriebe des Bundes entsprechend ihrer Mitgliederzahl angemessen zu berücksichtigen. Die Zahl der Mitglieder der Organe muß in einem angemessenen Verhältnis zur Mitgliederzahl und den Aufgaben der Verbände stehen.

(3) Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt nicht für die Bundesverbände der Ersatzkassen.

§ 3

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden je eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. Die Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein.

(2) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterver-

sammlungen. Jede Vertreterversammlung wählt aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(3) Die Vertreterversammlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vorstände.

(4) Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Durchführung der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten.

§ 4

Für die Organe und Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gelten § 2 Abs. 12, § 3 Abs. 1 und 2, § 5 Abs. 1, 3 und 4, § 6 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1, 3 bis 5 und § 8 Abs. 1 Buchstabe a Satz 1, Abs. 3 und 4 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

§ 5

Soweit sich die vorstehenden Vorschriften auf Ärzte und deren Vereinigungen beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte und deren Vereinigungen.

§ 6

(1) Für Organe und Geschäftsführer der Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes gelten § 2 Abs. 11 Satz 3 und 4 und Abs. 12 Satz 1, §§ 3, 5, 6 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1, 3 bis 5 und § 8 Abs. 1 Buchstabe a Satz 1, Abs. 3, 4 und 6 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

(2) Die Amtsdauer der Mitglieder der Organe richtet sich nach der Amtsdauer der Mitglieder der Organe der bestellenden Verbände.

II. Weitergeltung von Vorschriften

§ 7

Bis zum Erlaß der in § 259 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Vorschriften gelten die landesrechtlichen Vorschriften über das Abstimmungsverfahren weiter.

§ 8

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 300 der Reichsversicherungsordnung bleibt die Verordnung über die Durchführung der Meldepflicht gemäß § 24 des Kündigungsschutzgesetzes vom 16. September 1954 (Bundesanzeiger Nr. 181) in Kraft.

§ 9

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 323 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die Verordnung über die Vergütung der Krankenkassen für die Einziehung der Beiträge zur Bundesanstalt vom 29. Oktober 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 987) und die Verordnung über die Höhe der an die Einzugsstellen zu leistenden Vergütung für den Einzug der Beiträge zu den Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten vom 21. August 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1274) weiter. Ebenso bleiben bestehende Vereinbarungen unberührt.

§ 10

Bis zum Erlaß der Verwaltungsvorschriften nach § 323 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten für die Beitragszahlung der Träger der Rentenversicherung die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Zahltag für die von den Trägern der Rentenversicherung zu leistenden Beiträge, über die Berechnung der durchschnittlichen Grundlöhne und über das Beitragseinzugsverfahren in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Beitragsvorschriften) vom 26. Juli 1956 (Bundesanzeiger Nr. 145) sinngemäß weiter.

§ 11

Bis zum Erlaß der Verwaltungsvorschriften nach § 324 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten die seitherigen Vorschriften über die Durchführung der Prüfungen weiter.

§ 12

(1) Bis zum Erlaß der allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 333 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung vom 31. August 1956 (Bundesanzeiger Nr. 174) weiter.

(2) Bis zum Erlaß der in Absatz 1 genannten Verwaltungsvorschriften gelten für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die von den Bundesvereinigungen aufgestellten Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen weiter.

§ 13

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 397 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt die Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen vom 10. November 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 861) entsprechend weiter.

§ 14

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 414 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt die Verordnung PR Nr. 7/54 vom 31. August 1954 über

Pflegesätze von Krankenanstalten (Bundesanzeiger Nr. 173) weiter.

§ 15

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 418 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die von den obersten Verwaltungsbehörden der Länder bestimmten Abschläge von den Preisen der Arzneitaxe weiter. Ebenso bleiben vertragliche Vereinbarungen unberührt.

III. Ermächtigung zur vorübergehenden Einführung anderer Formen der Kostenbeteiligung

§ 16

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für einzelne Kassen längstens für die Dauer jeweils eines Geschäftsjahres andere Formen der Kostenbeteiligung, als dieses Gesetz vorsieht, anzuordnen. Die Ermächtigung erlischt mit dem 31. Dezember 1970.

Artikel 5

Geltung im Land Berlin und Stadtstaaten-Klausel

§ 1

(1) Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin.

(2) Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 2

Die Senate der Länder Berlin, Bremen und Hamburg werden ermächtigt, die Vorschriften dieses Gesetzes über die Zuständigkeit von Behörden dem besonderen Verwaltungsaufbau ihrer Länder anzupassen.

Artikel 6

Schlußvorschriften

§ 1

Dieses Gesetz tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalendervierteljahres in Kraft. Artikel 2 § 5 Nr. 12 tritt hinsichtlich der §§ 199 bis 210 des Reichsknappschaftsgesetzes am

1. Januar des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalenderjahres in Kraft.

§ 2

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten, soweit nichts anderes bestimmt ist, alle entgegenstehenden oder gleichlautenden Vorschriften außer Kraft; insbesondere treten außer Kraft:

1. Bekanntmachung betr. den Begriff „vorübergehende Dienstleistungen“ im Sinne des § 434 der Reichsversicherungsordnung vom 23. Oktober 1913 (Reichsgesetzbl. S. 741),
2. Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 577),
3. Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) vom 18. Dezember 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 1266),
4. Runderlaß des Reichsversicherungsamtes betr. Abführung der Rücklagen bei Auflösung, Schließung, Vereinigung von Krankenkassen und bei Ausscheidungen vom 24. Juni 1935 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 275),
5. Zwölfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) vom 24. Dezember 1935 (Reichsgesetzbl. I S. 1537), geändert durch die Fünfzehnte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) vom 1. April 1937 (Reichsgesetzbl. I S. 439),
6. Runderlaß des Reichsversicherungsamtes betr. Ablieferung der Rücklage bei Ausscheidung eines Teiles der Mitglieder einer Krankenkasse und bei deren Übertritt zu einer neuen Krankenkasse vom 5. Februar 1936 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 34),
7. Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung vom 30. März 1936 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 107),
8. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler); Bestimmungen dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363a Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung vom 21. Oktober 1938 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 433), ergänzt durch Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherungspflicht der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler) vom 10. Juni 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 304),
9. Verordnung über den Mitgliederkreis der Ersatzkassen der Krankenversicherung vom 26. Oktober 1938 (Reichsgesetzbl. I S. 1519),
10. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Teilnehmer an beruflichen Bildungsmaßnahmen vom 4. September 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 453),
11. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ausstellung von Bescheinigungen über den voraussichtlichen Zeitpunkt der Entbindung (§ 195a Abs. 2 Reichsversicherungsordnung) vom 11. November 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 522),

12. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ruhen des Krankengeldes bei Weiterversicherten vom 15. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 554),
13. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherungspflicht der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler); Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363a Abs. 3 RVO vom 22. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt 1940 Teil II S. 10),
14. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge für Monatsteile (§ 385 Abs. 1 Satz 2 RVO) vom 6. Juni 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 179),
15. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Säumniszuschläge nach § 397a RVO vom 18. Juni 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 196),
16. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Vertrauensärztlicher Dienst für die Ersatzkassen der Krankenversicherung für Angestellte und für Arbeiter vom 5. Juli 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 246),
17. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Einbeziehung der Pflegekinder in die Familienhilfe nach § 205 Abs. 1 und 2 RVO vom 13. Juli 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 249),
18. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 13. Januar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 40),
19. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Mehrleistungen in der Krankenversicherung vom 1. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 85),
20. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Einkommensgrenze nach § 178 RVO vom 4. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 85),
21. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 13. Mai 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 198),
22. §§ 1 bis 6 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19. Mai 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 287),
23. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 14. Juni 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 250),
24. § 16 der Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689),
25. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung vom 28. Januar 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 91),
26. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Beschäftigten vom 18. Februar 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 148),
27. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Hebammenschülerinnen. Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363a Abs. 3 RVO vom 1. April 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 248),
28. Gemeinsamer Erlaß des Reichsministers der Finanzen, des Reichsministers des Innern und des Reichsarbeitsministers betr. Befreiung von der Krankenversicherungspflicht vom 10. April 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 395),
29. Zweite Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409),
30. Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409),
31. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Abführung der für mehrere Ortskrankenkassen bestimmten Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung an eine Zentralstelle vom 11. Juni 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 395),
32. Erlaß des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern betr. Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken vom 5. September 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 490),
33. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ruhen des Kranken- und Hausgeldes; Ermäßigung der Beiträge nach § 189 RVO vom 5. November 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 572),
34. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Abführung der für mehrere Landkrankenkassen bestimmten Beiträge zur Kranken- und Arbeitslosen- und Rentenversicherung an eine Zentralstelle vom 18. Januar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 50),
35. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. einheitliche Durchführung der Betriebsprüfungen vom 2. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 55),
36. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Familienwochenhilfe vom 10. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 75),
37. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung des § 216 Abs. 3 RVO vom 16. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 75),
38. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Leistungen und Beiträge der Krankenversicherung bei Lehrlingen vom 23. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 83),
39. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung der Bestimmungen über die Durchführung der §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung vom 18. März 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 143 und 194), geändert durch Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung der Bestimmungen über die Durchführung der §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung vom 1. Februar 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 37), ergänzt durch Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über die Durchführung der §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung; hier: Einschränkung

- kung der Ersatzansprüche zur Vereinfachung der Verwaltung vom 12. August 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 215),
40. Rundschreiben des Reichsarbeitsministers betr. Gewährung von Hausgeld und Zuschlägen zum Krankengeld (§§ 186, 191 RVO) vom 20. April 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 179),
 41. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ergänzung des Erlasses vom 10. Februar 1943 betr. Familienwochenhilfe vom 3. Mai 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 195),
 42. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Familienwochenhilfe, hier: Höhe des Stillgeldes vom 16. Juli 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 342),
 43. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherungspflicht vom 27. Juli 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 374),
 44. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Wochenpflegeschülerinnen; Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363a Abs. 3 RVO vom 19. August 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 403),
 45. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Gleichstellung von Zeiten, die auf Grund eines privaten Krankenversicherungsvertrages zurückgelegt sind, mit Versicherungszeiten auf Grund der Reichsversicherungsordnung vom 21. August 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 403),
 46. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 485),
 47. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Stillgeld (§§ 195a, 195b RVO) vom 14. Januar 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 11),
 48. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Hausgehilfen; hier: Leistungen der Krankenversicherung vom 7. September 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 253),
 49. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Anpassung der Krankenversicherung an den totalen Kriegseinsatz; hier: Wegfall der Erstattungspflicht nach § 313b Abs. 2 RVO vom 13. September 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 253),
 50. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Entgelt in der Sozialversicherung und Jahresverdienstgrenze in der Krankenversicherung und der Rentenversicherung der Angestellten vom 24. Oktober 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 302),
 51. Artikel 1, 2, 10 bis 16 der Ersten Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. März 1945 (Reichsgesetzbl. I S. 41),
 52. §§ 13, 16 bis 18 des Gesetzes über die Anpassung der Leistungen der Sozialversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung (Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz) vom 17. Juni 1949 (Gesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 99),
 53. §§ 1 bis 4, § 5 Abs. 2 und 4, § 7 des Gesetzes über die Anpassung von Leistungen der knappschaftlichen Rentenversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung (Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetz) vom 30. Juli 1949 (Gesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 202),
 54. §§ 1 bis 3, 15 bis 17 des Gesetzes über die Erhöhung der Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung und zur Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 13. August 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 437),
 55. Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR) vom 17. August 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 513), geändert durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),
 56. Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen vom 17. August 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 524), geändert durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),
 57. Drittes Gesetz über Änderungen und Ergänzungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Gesetz über Krankenversicherung der Rentner — KVdR) vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500), geändert durch Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) und durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),
 58. Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte

- (Zahnärzte) und Krankenkassen vom 10. November 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 861),
59. Verordnung über die Schiedsämter für die kassenärztliche (kassenzahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtordnung) vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 570),
60. Zulassungsordnung für Kassenärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 572),
61. Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 582),
62. Viertes Gesetz über Änderungen und Ergänzungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Zweites Einkommensgrenzengesetz) vom 27. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1070).

§ 3

Die Preisvorschriften sind auf die Beiträge, die die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erheben, und, vorbehaltlich der Sonderregelung in Artikel 4 § 14, auf die Pflegesätze der Krankenanstalten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten sind, nicht mehr anzuwenden.

§ 4

Soweit in anderen Vorschriften auf Bestimmungen verwiesen wird oder Bezeichnungen verwendet werden, die durch dieses Gesetz geändert werden, treten an ihre Stelle die entsprechenden Bestimmungen und Bezeichnungen dieses Gesetzes.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit 75 Jahren in seinen Grundsätzen unangetastet geblieben. Viele Bestimmungen der seit dem 1. Januar 1914 geltenden Fassung sind jedoch in der Vergangenheit z. T. mehrfach geändert worden. Dies geschah formell nicht immer durch Änderungen der Reichsversicherungsordnung, sondern auch in anderen Gesetzen, besonders in der sogenannten Aufbaugesetzgebung der Jahre 1933 bis 1945. Dies und die nach 1945 eingetretene Rechtszersplitterung bewirkten, daß das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung völlig unübersichtlich geworden war. Seit 1949 hat man zunächst sozialpolitisch oder verfassungsrechtlich besonders dringliche Tatbestände gesetzlich geregelt, so z. B. im Kassenarztrecht, im Verbänderecht und im Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner. Alle diese Änderungen bezogen sich jedoch nur auf Teilgebiete und sollten im Hinblick auf die seit langem angekündigte Reform des Krankenversicherungsrechts notwendige Übergangslösungen schaffen.

Die Einrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich in der Vergangenheit bewährt. Nunmehr ist es aber notwendig, sie an die Forderungen einer modernen Krankenversicherung anzupassen. Eine völlige Umwälzung des Bestehenden erscheint angesichts der Tatsache, daß die Krankenversicherung auch heute noch ihrer Aufgabe, Helfer des in abhängiger Beschäftigung tätigen Menschen im Falle der Krankheit und der Mutterschaft zu sein, im wesentlichen gerecht wird, nicht erforderlich. Der Entwurf hält daher am sozialen Versicherungsprinzip fest und hat das Versorgungsprinzip, das auch unserer Wirtschaftsform nicht entspräche, nicht übernommen. Dies ergibt sich aus dem Ersten Abschnitt des Neuregelungsgesetzes, der der bisherigen Systematik folgend die Vorschriften über den Umfang der Versicherungspflicht enthält. Grundsätze der Neuordnung sind:

1. Das Prinzip der Subsidiarität soll beibehalten und betont werden. Das bedeutet, daß der Zwang, der Versichertengemeinschaft anzugehören, auf die Personenkreise beschränkt wird, die gegen das Risiko Krankheit sicherungsbedürftig erscheinen und denen nicht zugemutet werden kann, selbst Vorsorge zu treffen. Das sind die in abhängiger Tätigkeit beschäftigten Arbeitnehmer, deren monatliches Arbeitsentgelt 660 DM nicht übersteigt und die im Krankheitsfalle für weniger als sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Lohnes oder Gehalts haben. Anspruch auf Fortzahlung des Lohnes oder Gehalts besteht nicht, wenn nach dem Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957 Anspruch lediglich auf einen Zuschuß des Arbeitgebers zum Krankengeld besteht. Der Entwurf hält an der Ver-

sicherungspflichtgrenze von 660 DM fest, weil sich die Verhältnisse im Lohn- und Preisgefüge seit der letzten Erhöhung im Oktober 1957 (Zweites Einkommensgrenzengesetz vom 27. Juli 1957) nicht wesentlich geändert haben. Die bisher versicherungspflichtigen Selbständigen werden aus der Versicherungspflicht entlassen. Ihnen kann zugemutet werden, die Vorsorge für den Fall der Krankheit eigenverantwortlich zu treffen, sei es durch freiwilligen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung, sei es durch Abschluß eines privaten Versicherungsvertrages.

Neben diesem vom Gesetz als gegeben angenommenen Sicherungsbedürfnis einer bestimmten Personengruppe erkennt der Entwurf ein individuelles, subjektives Sicherungsbedürfnis unter bestimmten Voraussetzungen an. Personen, die diese Voraussetzungen erfüllen, dazu gehören auch Selbständige, erhalten das Recht der freiwilligen Versicherung.

2. Das Recht der Krankenversicherung soll nach Möglichkeit im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung zusammengefaßt werden. Damit soll die Einheitlichkeit des Versicherungsschutzes gewährleistet, aber auch systematischen Erwägungen gefolgt werden.
3. Der Versicherungsschutz soll alle im Verlaufe eines Arbeitslebens mit Wahrscheinlichkeit eintretenden Situationen einschließen. Er soll auch für Zeiten aufrecht erhalten bleiben, in denen die Beschäftigung durch Umstände unterbrochen wird, mit denen der Arbeitnehmer im Laufe seines Arbeitslebens rechnen muß. Das ist nicht nur bei Arbeitsunfähigkeit der Fall, sondern auch bei vorübergehender Arbeitslosigkeit und bei zeitweiliger Stilllegung des Betriebes. Schließlich soll die Krankenversicherung auch dann fortbestehen, wenn der Versicherte aus dem Erwerbsleben endgültig ausscheidet und Rentenbezieher wird. Damit trägt der Entwurf auch äußerlich sichtbar der Forderung Rechnung, daß die Krankenversicherung den arbeitenden Menschen von der Arbeitsaufnahme bis an sein Lebensende betreten soll, wenn nicht besondere Umstände es rechtfertigen, ihn aus diesem Schutz zu entlassen.

Der Zweite Abschnitt behandelt das Leistungsrecht. Der Entwurf hält am sogenannten Naturalleistungsprinzip fest, d. h. an der Verpflichtung der Krankenkassen, die ärztliche Behandlung der Versicherten, ihre Versorgung mit Arzneien und Krankenhauspflege sicherzustellen. Entsprechend den im Kassenarztrecht von 1955 niedergelegten Grundsätzen wird die Durchführung dieser Aufgabe auf dem Gebiete der ärztlichen Versorgung den Kassen und den ärztlichen Verbänden übertragen, an der Ausgestaltung

des Anspruchs gegen die Kassen aber nichts geändert.

Der Anpassung des Leistungsrechts an die Erfordernisse moderner Gesundheitspflege dient der Ausbau der Leistungen zur Früherkennung und zur Abwendung von Krankheiten. Im Entwurf sind diese Leistungen unter der Bezeichnung „Vorsorgehilfe“ zusammengefaßt. Das Wort „Hilfe“ soll dabei die Grenzen staatlicher Betätigung anzeigen und hervorheben, daß die Eigenvorsorge des Menschen durch staatliche Maßnahmen nicht ersetzt, sondern nur gefördert werden kann. Die Gemeinschaft der Versicherten kann dem Einzelnen nur wirtschaftliche Hilfe bei der Vorsorge gewähren. Als Leistungen der Versicherung sind hierbei vorgesehen ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Vorsorgekuren, Maßnahmen im Einzelfall sowie allgemeine Maßnahmen. Bei diesen Leistungen geht der Entwurf von dem Gedanken aus, daß im Grunde Vorsorge nur durch den Einzelnen getrieben werden kann und daß eine gesunde und vernünftige Lebensführung der Gesunderhaltung am besten zu dienen vermag. Ein solches Verhalten kann nach unserer Gesellschaftsordnung durch hoheitliche Maßnahmen nicht erzwungen werden. Die Krankenkassen können jedoch durch Aufklärung und in einzelnen Fällen durch Maßnahmen der bezeichneten Art Hilfe leisten.

Der Entwurf sieht es als besonders wichtige Aufgabe an, die soziale Sicherung für den arbeitenden Menschen so auszubauen, daß er nicht nur vom Beginn des Arbeitslebens an über zeitweilige Arbeitsunterbrechungen durch Krankheit und Arbeitslosigkeit hinweg bis zum Tode in den Versicherungsschutz einbezogen wird, sondern daß auch die Leistungen lückenlos ineinandergreifen. Weder bei den Leistungen, die der Heilung des Erkrankten dienen, noch bei den Leistungen, die für die wirtschaftliche Sicherung des Berechtigten bestimmt sind, darf eine Zeitspanne entstehen, die ihn ohne Schutz läßt. Der Entwurf sieht daher Maßnahmen vor, die den Anschluß der Rente an den Krankengeldbezug sichern. U. a. geschieht dies dadurch, daß die bisherige regelmäßige Leistungsdauer bei Krankengeld und Hausgeld verdreifacht wird. Darüber hinaus soll der Anspruch auf diese Leistungen nach Ablauf von drei Jahren vom Beginn der Krankheit an gerechnet jeweils wieder neu entstehen, so daß die Aussteuerung damit praktisch beseitigt ist. Neben der unbegrenzten Leistungsdauer bei der Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung und von Arzneimitteln tritt der Anspruch auf notwendige Krankenhauspflege bis zu 78 Wochen. Auch hier besteht der Anspruch nach Ablauf von drei Jahren vom Beginn der Krankheit an gerechnet aufs neue. Eine zeitliche Begrenzung dieser Leistungen wurde nur deshalb vorgesehen, um die Unterscheidung zwischen Krankheitsfall und sogenanntem Pflegefall verwaltungsmäßig zu erleichtern. Für den letzteren Fall, in dem eine Behandlung der Krankheit in der Regel nicht mehr möglich ist, hat im Bedarfsfalle ein anderer Kostenträger einzutreten. Er gehört nicht in das Aufgabengebiet einer Krankenversicherung.

Das Krankengeld wird nach Ablauf der 6. Woche der Arbeitsunfähigkeit wesentlich erhöht. Es soll

60 bis 75 v. H. des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts, also etwa 80 bis 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts betragen. Desgleichen wird der Betrag des sogenannten Hausgeldes erhöht. Schon vorweg wurde für die kurzfristige Krankheit durch das Gesetz vom 26. Juni 1957 die wirtschaftliche Sicherung des Arbeiters im Krankheitsfalle verbessert.

Wesentlich angehoben werden die Leistungen der Familienhilfe. Der Mindestbetrag des Sterbegeldes wird erhöht, die Mutterschaftshilfe — bisher Wochenhilfe — verwaltungstechnisch vereinfacht, ihre Leistungen zum Teil verbessert.

Der Ausbau der Vorsorgemaßnahmen und der Leistungen bei den langdauernden Krankheiten entspricht der Entwicklung der modernen Medizin, die durch die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten dazu beigetragen hat, die Lebenserwartung des Menschen seit der Jahrhundertwende um annähernd 20 Jahre zu erhöhen. Infolge der längeren Lebenserwartung und der Eindämmung der Infektionskrankheiten sind es mehr und mehr langwierige Abnutzungskrankheiten, die die Hilfe der Versicherungsgemeinschaft erfordern. Auch auf dem Gebiet der Früherkennung der Krankheiten hat die Medizin Fortschritte erzielt, die dem Versicherten nutzbar gemacht werden sollen. Der Ausbau dieser Leistungen entspricht aber auch dem erhöhten Sicherungsbedürfnis des Menschen unserer Zeit gegen die Risiken des Lebens, insbesondere gegen das Risiko der Krankheit.

Die Fortschritte der Medizin, der pharmazeutischen und technischen Wissenschaft haben allerdings auch bewirkt, daß die Kosten für die Heilung von Krankheiten erheblich gestiegen sind und weiterhin steigen werden. Auch der Ausbau der Leistungen wird eine erhebliche Steigerung der Kosten der Krankenversicherung mit sich bringen. Der Entwurf mußte sich daher mit der Frage auseinandersetzen, ob diese Kostensteigerung lediglich durch eine Erhöhung der allgemeinen Beiträge aufgefangen oder ob bei annähernd gleichem oder geringerem Kostenaufwand der Schwerpunkt der Leistungen vom Risiko der kurzfristigen Krankheit auf das Risiko der langfristigen Krankheit verlagert werden sollte. Dabei war zu berücksichtigen, daß das Ansteigen der Kosten nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen ist, daß sich die Einstellung der Menschen der Krankheit gegenüber gewandelt hat. Die Krankenversicherung wird heute vielfach nicht mehr als eine Risikoversicherung empfunden, als die Sicherung gegen eine Gefahr, die eintreten kann, aber nicht eintreten muß, sondern auch als eine Einrichtung, die regelmäßig entstehende Aufwendungen für das Aufsuchen des Arztes und den Verbrauch von Arzneien tragen soll. Der Entwurf geht davon aus, daß ein unkontrollierbares Ansteigen der Kosten der Krankenversicherung im Interesse der Volkswirtschaft, aber auch im Interesse des Einzelnen nicht vertretbar ist. Er will daher bei etwa gleichem Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung die Verlagerung des Schwerpunktes der Leistungen von der kurzen auf die langdauernde Krankheit dadurch ermöglichen, daß eine Kostenbeteiligung des Versicherten an den Kosten der Krankheit eingeführt wird. Diese Beteiligung erscheint in engen Grenzen heute zu-

mutbar, wenn man die erfreuliche Entwicklung der sozialen Verhältnisse der Versicherten, nicht zuletzt infolge des Wirkens der Tarifpartnerschaft der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber bedenkt. Der Entwurf geht ferner von dem Gedanken aus, daß Sozialpolitik nicht dazu führen darf, die Eigeninitiative des Individuums zu lähmen. Die sinnvolle Verbindung der Hilfe der Gemeinschaft mit Eigenhilfe ist daher einer der neuen sozialpolitischen Gedanken des Entwurfs.

Was die Form der Beteiligung des Versicherten an den Kosten der ärztlichen Behandlung betrifft, so sieht der Entwurf vor, daß sich der Patient mit einem kleinen pauschalen Betrag an den Kosten jeder einzelnen ärztlichen Leistung, die nach einer Gebührenordnung honoriert wird, beteiligt. Die pauschale Beteiligung bietet gegenüber der prozentualen Beteiligung den Vorteil, daß sie bei den ärztlichen Grundleistungen wirkungsvoller in Erscheinung tritt als bei den ärztlichen Sonderleistungen, die in der Regel gerade den Schwerkranken gewährt werden müssen. Umgekehrt wird der Schwerkranken dadurch nicht zu sehr belastet. Die Beteiligung soll dem Gedanken der Verlagerung des Leistungsschwerpunktes von der kurzen auf die langdauernde schwere Krankheit entsprechend zeitlich begrenzt sein und nach 6 Wochen grundsätzlich enden. Um Härtefälle zu vermeiden, erhält die Selbstverwaltung das Recht, von der Kostenbeteiligung unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. bei Einkommensbeziehern bis zu 200 DM im Monat, abzusehen und einen Höchstbetrag für die Kostenbeteiligung für jeden Behandlungsfall festzusetzen. Um eine zu große Belastung für kinderreiche Familien zu verhindern, sollen Kinder von der Beteiligung an den Kosten der ärztlichen Behandlung ausgenommen werden.

Die Beteiligung an den Kosten der Arznei ist aus den zur Frage der ärztlichen Behandlung dargelegten Gründen, aber auch mit dem Ziele vorgesehen, im Interesse der Volksgesundheit auf eine Besonnenheit im Arzneimittelverbrauch hinzuwirken. Von der Kostenbeteiligung sollen aber bestimmte Arzneimittel ausgenommen werden, die zur Behandlung von langdauernden Krankheiten erforderlich sind. Das Nähere hierüber soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bestimmen.

Anderen Überlegungen entspricht dagegen die Beteiligung an den Kosten der Krankenhauspflege. Hier soll die Versichertengemeinschaft lediglich von Kosten entlastet werden, die nicht durch die Krankheit verursacht sind. Das sind im wesentlichen die Kosten, die durch den Nahrungsbedarf entstehen und die auch beim Gesunden anfallen. Eine Beteiligung ist hier für den nicht vorgesehen, der bei Krankenhauspflege ein gekürztes Krankengeld — das bisherige Hausgeld — erhält.

Der Dritte Abschnitt behandelt die Organisation der Versicherungsträger. Der Entwurf bejaht den Grundsatz der gegliederten Krankenversicherung und bringt gegenüber dem geltenden Recht wenig Änderungen, die zudem meist technischer Art sind. Ähnliches gilt für den Vierten Abschnitt, der sich

mit der Verfassung der Versicherungsträger befaßt und für den Fünften und Sechsten Abschnitt, die Vorschriften über die Aufbringung und Verwaltung der Mittel und Besonderheiten für einzelne Personengruppen enthalten. Der Siebente Abschnitt behandelt die Kassenverbände. Das im Jahre 1955 geschaffene Verbänderecht wird darin im wesentlichen beibehalten.

Bedeutsam sind dagegen die Neuerungen auf dem Gebiet des Kassenarztrechts, die im Achten Abschnitt enthalten sind. Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind Grundpfeiler einer sozialen Krankenversicherung, die die ärztliche Behandlung als Sachleistung gewährt. Ist das Verhältnis Arzt — Patient nicht für beide Teile befriedigend, dann kann die soziale Krankenversicherung einen wichtigen Teil ihrer Aufgaben nicht erfüllen.

Zu entscheiden war zunächst die Frage, ob die heutige Honorierungsregelung beibehalten werden soll. Danach können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen eine Gesamtvergütung frei vereinbaren, die nach einem Kopfpauschale, einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen berechnet wird. Während die Ersatzkassen nach Einzelleistungen honorieren, überwiegt bei den anderen Kassen die Berechnung der Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale. Wird nach einem Pauschale vergütet, dann tragen die Ärzte das Risiko der Krankheitshäufigkeit.

Das System der Gesamtvergütung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den über 2000 Kassen im Bundesgebiet hat dazu geführt, daß über die Höhe der ärztlichen Honorare ständig verhandelt wird. Das bewirkt bei den Kassen Unsicherheit in der Planung der notwendigen Ausgaben für die ärztliche Behandlung. Die Erhöhung der Gesamtvergütung ist für den Arzt nicht unmittelbar erkennbar, sondern wirkt sich erst nach einem komplizierten Abrechnungsverfahren mittelbar auf die Höhe der ihm zugeteilten Quote aus. Das bisherige Honorarsystem vermittelt daher dem Arzt nicht das Gefühl, eine angemessene Honorierung für seine Leistung zu erhalten. Der Versicherte wiederum erkennt nicht, welche Kosten seine Behandlung der Versichertengemeinschaft verursacht und daß ein gesteigertes Leistungsbegehren sich ständig steigend auf dem Kostensektor „ärztliche Behandlung“ auswirkt. Wegen der Wechselwirkung zwischen Gebührenordnung und Kostenbeteiligung des Versicherten erscheint es notwendig, die Leistungsansätze der Gebührenordnung durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festsetzen zu lassen. Die Bewertung der Einzelleistungen soll dagegen der vertraglichen Vereinbarung zwischen Ärzten und Krankenkassen überlassen bleiben. Für den Fall, daß eine Vereinbarung nicht zustande kommt, soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung den Wert der Leistungsansätze vorübergehend festsetzen.

Neu geregelt wird die Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit. Während nach bisherigem Recht die Zahl der zur Kassenpraxis zuzulassenden Ärzte durch eine starre Verhältniszahl begrenzt war, soll künftig jeder niedergelassene Arzt die Möglichkeit haben, an

der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Um die ärztliche Versorgung der Versicherten aber an allen Orten sicherzustellen, sollen gewisse Planungsbefugnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen erhalten bleiben. Das Nähere darüber wird die Zulassungsordnung, die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu erlassen ist, enthalten.

Bei der Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes war zu entscheiden, ob den Vorschlägen gefolgt werden soll, die ein System der Trennung von Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Behandlung befürworten. Der Entwurf hat sich diese Gedanken nicht zu eigen gemacht, da sie einen kostspieligen Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes erfordern und vor allem den behandelnden Arzt u. U. eines wichtigen Mittels der Therapie, der Verordnung von Arbeitsruhe, berauben würden. Um die Kassen jedoch in die Lage zu versetzen, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Barbezüge festzustellen, ist der vertrauensärztliche Dienst nach wie vor notwendig. Er soll auch der Beratung der Kassen bei Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und bei der Gewährung von Kuren dienen. Dieser Tendenz

folgend, hat der Entwurf, auch aus rechtssystematischen Erwägungen, die Einrichtung einer besonderen Anstalt des öffentlichen Rechts als Träger für den vertrauensärztlichen Dienst und seine Umbenennung in „beratungsärztlichen Dienst“ vorgesehen.

Die Frage der Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern, im Neunten Abschnitt behandelt, bedurfte einer ausführlicheren Regelung als bisher, weil die Krankenhauspflege künftig Pflichtleistung der Kassen sein soll. Den Krankenhäusern ist es freigestellt, ob sie für die Krankenkassen tätig sein wollen. Die Krankenkassen sind dagegen gehalten, das Angebot eines Krankenhauses, Versicherte aufnehmen zu wollen, anzunehmen. Die Höhe der Pflegesätze wird durch Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart. Für die abzugeltenden Kosten gelten Grundsätze, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufstellt. Da für den Erlass der Rechtsverordnung noch einige Vorfragen zu klären sind, gilt bis dahin die Pflegesatzverordnung PR 7/54 vom 31. August 1954 weiter.

Der Zehnte Abschnitt regelt die Aufsicht, der Elfte Abschnitt enthält Strafvorschriften. Der Entwurf sieht hier keine wesentlichen Neuerungen vor.

B. Besonderer Teil

ZU ARTIKEL 1

Zu § 165

Nach dem Vorbild der Gesetze zur Neuordnung der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung wird dem Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung eine Vorschrift vorgestellt, in der die Aufgaben der Versicherung umschrieben sind.

Zu § 166

Absatz 1

Nr. 1

Arbeiter und Angestellte sollen künftig unter gleichen Voraussetzungen in der Krankenversicherung gleich behandelt werden. Es ist daher folgerichtig, für die Versicherungspflicht auf den umfassenden Begriff „Arbeitnehmer“ abzustellen (vgl. hierzu auch § 167 Nr. 1). Daß unter dem Begriff „Arbeitnehmer“ Angestellte und Arbeiter zu verstehen sind, wird aus dem Klammerhinweis deutlich. Während für die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer Voraussetzung ist, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden sollen, Lehrlinge oder sonst zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte auch dann versicherungspflichtig sein, wenn die Beschäftigung unentgeltlich ausgeübt wird. Der Versicherungspflicht unterliegen nunmehr z. B. auch Krankenpflegevorschülerinnen, wenn sie zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt, d. h. nicht lediglich theoretisch ausgebildet werden. Damit ist die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer einschließlich der in Berufsausbildung Beschäftigten in Überein-

stimmung mit den Gesetzen zur Neuordnung der Rentenversicherungen geregelt.

Nr. 2

In den Versicherungsschutz werden auch die in Heimarbeit Beschäftigten einbezogen. Damit wird eine Gruppe zwangsversichert, die nicht zu den Arbeitnehmern gehört, weil sie ihre Beschäftigung in selbst gewählter Arbeitsstätte und ohne an eine festgesetzte Arbeitszeit gebunden zu sein, ausübt. Der in Heimarbeit Beschäftigte ist jedoch im Verhältnis zum Auftraggeber in keiner wesentlich anderen Lage als der Arbeitnehmer zum Arbeitgeber. Das gilt besonders für die wirtschaftlichen Beziehungen. Es erscheint daher notwendig, auch versicherungsrechtlich die Heimarbeiter den Arbeitnehmern gleichzustellen. Für die in § 2 Abs. 2 des Heimarbeitsgesetzes genannten Gruppen von „Selbständigen“ ist die Gleichstellung mit den Arbeitnehmern gerechtfertigt, wenn sie in ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage den Heimarbeitern vergleichbar sind. Das wird vom Entwurf dann angenommen, wenn sie in der Entgeltregelung nach dem Heimarbeitsgesetz den Heimarbeitern gleichgestellt sind.

Nr. 3 und 4

Arbeitslose, die den Hauptbetrag beziehen, und Empfänger von Stillelegungsvergütung sind bisher auf Grund der Vorschriften des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung für den Fall der Krankheit zwangsversichert. Aus Gründen der Systematik erscheint es geboten, den Grundsatz der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken-

versicherung und die Durchführung der Versicherung in der Reichsversicherungsordnung zu regeln.

Nr. 5 und 6

Rentenbewerber und Rentenbezieher von Rentenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten sollen nur dann versicherungspflichtig sein, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor der Antragstellung mindestens 52 Wochen gegen Krankheit pflichtversichert waren. Die Krankenversicherungspflicht des Rentners wird damit als Ausfluß der während des Arbeitslebens bestehenden Versicherungspflicht gekennzeichnet. Wer diese Voraussetzungen nicht erfüllt, soll seinen Krankenversicherungsschutz in der Form aufrecht erhalten, in der er vor Antragstellung auf Rente bestanden hat.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht der Hinterbliebenenrentenbewerber und -bezieher ist, daß der Verstorbene, von dem sie ihre Rentenberechtigung ableiten, in den letzten fünf Jahren vor dem Tode mindestens 52 Wochen pflichtversichert war. In Erweiterung des bisherigen Rechts sind nunmehr auch Hinterbliebenenrentenbewerber und -rentenbezieher versicherungspflichtig, deren Ehegatte (Vater) als Arbeiter oder Angestellter in den letzten fünf Jahren vor seinem Tode zwar 52 Wochen pflichtversichert war, aber zuletzt als Selbständiger der Krankenversicherung freiwillig angehört hat und vor seinem Tode eine Versichertenrente weder beantragt noch bezogen hat.

Absatz 2

Hier wird klargestellt, daß Versicherungspflicht auf Grund des Rentenantrages oder des Rentenbezuges nur dann eintritt, wenn nicht eine Versicherung nach Abs. 1 Nr. 1 bis 4 oder eine freiwillige Versicherung besteht. Sind die Voraussetzungen der Versicherungspflicht sowohl auf Grund einer Versichertenrente wie auch auf Grund einer Hinterbliebenenrente erfüllt, so hat die Versicherungspflicht aus eigenem Rentenbezug den Vorrang. Beim Zusammentreffen einer Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten mit einer Hinterbliebenenrente aus der knappschaftlichen Versicherung soll die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner als Versicherung nach anderen gesetzlichen Vorschriften den Vorrang haben.

Zu § 167

Während § 166 die Versicherungspflicht umschreibt, ist in den §§ 167 ff. aufgezählt, wer von der Versicherungspflicht ausgenommen ist.

Nr. 1

Versicherungsfrei sind diejenigen Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte), deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 7920 DM übersteigt, und die im Krankheitsfalle einen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben. Damit werden Arbeiter und Angestellte unter gleichen Voraussetzungen gleich behandelt. An der Jahresarbeitsverdienstgrenze von 7920 DM, die nach geltendem Recht Voraussetzung der Versicherungs-

pflcht für Angestellte ist, wird festgehalten, weil wesentliche Veränderungen, die eine Heraufsetzung rechtfertigen würden, seit der letzten Festsetzung (gültig ab 1. Oktober 1957) nicht eingetreten sind. Mit dieser Regelung ist zugleich klargestellt, daß eine Person, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei ist, nicht erneut versicherungspflichtig werden kann, wenn neben der versicherungsfreien Beschäftigung eine Beschäftigung als Arbeiter oder Angestellter ausgeübt wird.

Nr. 2

Daß die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen keine Versicherungspflicht begründet, entspricht geltendem Recht. Der Entwurf erweitert die Versicherungsfreiheit auch auf Personen, die bei Verwandten 1. Grades beschäftigt sind. Damit entfällt für die Verwaltung nicht nur die schwierige Prüfung, ob es sich in diesen Fällen um „echte“ Arbeitsverhältnisse handelt, es wird auch verhindert, daß Beschäftigungen unter Verwandten benutzt werden, den Versicherungsschutz zu erschleichen. Soweit es sich um vorwiegend aus sittlichen Gründen ausgeübte Tätigkeiten handelt (Erhaltung und Fortführung des väterlichen Betriebes bis zur Übernahme durch den Sohn oder die Tochter, die Unterstützung der Arbeit des Sohnes oder der Tochter im eigenen Betrieb durch Vater oder Mutter) soll wie bisher bei Meistersöhnen der Versicherungszwang entfallen, weil die familienhaften gegenseitigen Bindungen gegenüber dem Arbeitnehmerverhältnis in jedem Falle den Vorrang verdienen (vgl. hierzu die Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung, § 65 AVAVG). Für die in Heimarbeit Beschäftigten sollen diese Befreiungsvorschriften deswegen nicht gelten, weil es jederzeit im Belieben des versicherungsfreien Ehegatten stehen würde, selbst Heimarbeit anzunehmen und auf diese Weise versicherungspflichtig zu werden.

Nr. 3

Wie im geltenden Recht sollen in den Kreis der Schutzbedürftigen nicht die Personen einbezogen werden, die nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt sind, im weiteren Verlauf ihres Arbeitslebens aber dem Kreis der versicherungspflichtigen Personen voraussichtlich nicht angehören werden. Hierzu gehören insbesondere ordentlich Studierende an Hoch- und Fachschulen, wenn sie z. B. als Werkstudent während der Semesterferien eine Beschäftigung gegen Entgelt aufnehmen. Insoweit ist der Umfang der Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung dem in den Rentenversicherungen angeglichen. Weitergehend sieht jedoch der Entwurf auch vor, daß Beschäftigungen versicherungsfrei sind, die von Personen nach Abschluß ihres Studiums zur Ausbildung oder Weiterbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt ausgeführt werden. Hier ist z. B. an Medizinalassistenten und an Ärzte und Zahnärzte gedacht, die als Assistenten tätig sind. Anders als bei den Medizinalassistenten, deren Beschäftigung zur Berufsausbildung gehört, ist bei den Assistenten im Einzelfall zu entscheiden, ob die Tätigkeit der beruflichen Weiterbildung dient. Der beruflichen Weiterbildung dient auch die Beschäfti-

gung der wissenschaftlichen Assistenten zur Vorbereitung auf den Beruf des Hochschullehrers oder des Facharztes. Ausgenommen von der Versicherungsfreiheit ist der Bergschüler, der in der knappschaftlichen Rentenversicherung pflichtversichert ist. Er bleibt versicherungspflichtig, weil er auch während des Studiums weitgehend im Arbeitsprozeß steht und damit auch den bergbaulichen Gefahren ausgesetzt bleibt.

Nr. 4

Wer neben einer selbständigen Tätigkeit, die nicht der Versicherungspflicht unterliegt, eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, soll versicherungsfrei sein (z. B. der in eigener Praxis niedergelassene Tierarzt, der nebenher als Angestellter am Schlachthof beschäftigt ist). Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Beschäftigung den Charakter einer Nebenbeschäftigung hat, wird nach der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes entscheidend sein, ob die Beschäftigung mit Rücksicht auf den Aufwand an Zeit und Arbeitskraft, das Entgelt (Arbeitseinkommen), sonstiges Einkommen und die gesamte Lebensstellung des Betreffenden nur von nebensächlicher wirtschaftlicher Bedeutung ist (vgl. grundsätzliche Entscheidung des RVA Nr. 4761 AN 1934 S. IV 145). Die Entscheidung wird immer nur im Einzelfall getroffen werden können.

Wegen der Versicherungsfreiheit von geringfügigen Beschäftigungen wird auf die Begründung zu § 169 verwiesen. Für die Beitragsfreiheit von Nebenbeschäftigungen, die neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung ausgeübt werden, gilt § 304 Abs. 3.

Nr. 5

Von der Gewährung des Altersruhegeldes an wird meist eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht mehr ausgeübt. Soweit die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, ist mit dem Rentenbezug die Versicherungspflicht verbunden. Sind die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht erfüllt, dann ist der Rentner meist freiwillig in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung versichert. Altersrentner bedürfen daher nicht des Versicherungsschutzes wegen einer Beschäftigung. Die Versicherungsfreiheit soll erst mit der Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides eintreten, weil erst in diesem Zeitpunkt der Tatbestand des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben als erfüllt anzusehen ist.

Nr. 6

Beamte sollen, wie bisher, versicherungsfrei sein, weil für sie im Krankheitsfalle durch die besonderen Vorschriften des Beamtenrechts (Fortzahlung der Bezüge, Beihilfen im Krankheitsfalle) ausreichend gesorgt ist. Nachdem das Beamtenrecht durch das Bundesbeamtengesetz und durch das Beamtenrahmenrechtsgesetz neu geordnet worden ist, kann im Gegensatz zum bisherigen Recht darauf verzichtet werden, die Dienstherren aufzuzählen, deren Beamte versicherungsfrei sind. Es genügt, vom allgemeinen Beamtenbegriff auszugehen, weil damit Be-

amte des Bundes, der Länder und der Gemeinden ebenso wie die Beamten der übrigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts erfaßt sind. Dasselbe gilt für die Berufsrichter des Bundes und der Länder.

Nr. 7

Ähnlich wie der Staat den Beamten gegenüber, so haben die als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften ihren Geistlichen gegenüber in der Regel besondere Fürsorgepflichten. Es besteht daher kein Bedürfnis, diese Personen in den Versicherungsschutz einzubeziehen.

Nr. 8

Es gilt das zu Nr. 6 Gesagte. Hinzu kommt, daß die genannten Soldaten für ihre Person Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Nr. 9

Hier ist in erster Linie an solche Körperschafts- oder Anstaltsangestellte gedacht, die in einem beamtenähnlichen Verhältnis stehen, aber nicht Beamte sind. Das trifft vor allem zu auf die Angestellten von Trägern der Sozialversicherung und ihre öffentlich-rechtlichen Verbände sowie auf Kirchenbeamte. Es gilt aber auch für Angestellte privatwirtschaftlicher Unternehmen der genannten Körperschaften, z. B. Gas- und Elektrizitätswerke der Gemeinden, Krankenhäuser, Sparkassen, soweit diese Angestellten im Krankheitsfalle beamtenähnliche Ansprüche haben.

Nr. 10

Die in den Nummern 6 bis 9 genannten Personen sollen auch dann versicherungsfrei sein, wenn sie aus dem aktiven Dienst ausgeschieden sind. Voraussetzung ist, daß sie Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge erhalten.

Nr. 11

Dem Wunsche der beteiligten Organisationen entsprechend soll an der Versicherungsfreiheit des genannten Personenkreises festgehalten werden. Schwestern vom Deutschen Roten Kreuz sollen abweichend vom bisherigen Recht nur dann versicherungsfrei sein, wenn sie ordentliche Mitglieder der Schwesternschaft sind. Diese Einschränkung der Versicherungsfreiheit wird für erforderlich gehalten, weil sich Schwesternschaften, bei denen Hilfs- und Probeschwestern nicht ordentliche Mitglieder sind, verhältnismäßig leicht — auch bei Krankheit oder unehelicher Mutterschaft — von diesen Schwestern trennen können. Damit wäre die Versorgung im Krankheitsfalle nicht gewährleistet. Im übrigen besteht ein Bedürfnis, die genannten Personenkreise in die Versicherungspflicht einzubeziehen, nicht, weil sie im Krankheitsfall Anspruch auf Versorgung gegen die in Betracht kommende Gemeinschaft haben. Hinzu kommt, daß diese Personen, wenn sie im Einzelfall den Versicherungsschutz für erforderlich halten, das Recht haben, der Versicherung freiwillig beizutreten (§ 172).

Zu § 168*Absatz 1*

Die Begriffsbestimmung des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes berücksichtigt die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Im übrigen ist darauf Bedacht genommen, zum regelmäßigen Arbeitsverdienst nur die Entgelte zu zählen, die regelmäßig gewährt werden. Deshalb sollen Zuschläge aller Art außer Betracht bleiben. Hierzu gehören z. B. Hitze-, Wasser-, Gefahren-, Schmutz-, Erschwernis-, Mehrarbeits-, Nacht- und Feiertagszuschläge sowie Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden. Mehrarbeitsvergütungen sollen auch dann nicht auf die Jahresarbeitsverdienstgrenze angerechnet werden, wenn die Überstunden regelmäßig und über einen längeren Zeitraum oder gegen eine Pauschalvergütung geleistet werden. Auch alle einmaligen Zuwendungen, wozu insbesondere Weihnachtsgratifikationen, Gewinnbeteiligungen und Abfindungen aller Art gehören, sollen unberücksichtigt bleiben.

Entgelte aus mehrfachen Beschäftigungen können für die Jahresarbeitsverdienstgrenze nur zusammengerechnet werden, wenn für das einzelne Beschäftigungsverhältnis vereinbart ist, daß im Krankheitsfalle das Entgelt für mindestens sechs Wochen fortgezahlt wird. Entgelte, die aus Nebenbeschäftigungen erzielt werden, dürfen nur dann auf die Jahresarbeitsverdienstgrenze angerechnet werden, wenn sie beitragspflichtig sind (vgl. § 304 Abs. 3).

Absatz 2

entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 169

Diese Vorschrift entspricht in Verbindung mit § 167 Nr. 4 und § 304 Abs. 3 in ihrem wesentlichen Gehalt dem § 1228 Abs. 1 Nr. 4 und 5 i. V. m. Abs. 2 Buchstabe a und b des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes. Damit ist der Umfang der Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung, soweit es geboten erschien, dem der Rentenversicherungen angeglichen worden. Die Grenze des geringfügigen Entgelts beträgt z. Zt. 100 DM monatlich. Durch Bezugnahme auf die entsprechenden Vorschriften der Rentenversicherung ist sichergestellt, daß mögliche Veränderungen dieser Grenze in der Rentenversicherung auch in der Krankenversicherung wirksam werden, ohne daß es einer Gesetzesänderung bedarf. Abweichungen gegenüber den Rentenversicherungen ergeben sich daraus, daß in den Rentenversicherungen im Gegensatz zur Krankenversicherung auch Selbständige der Versicherungspflicht unterliegen. Beispiel: Ein selbständiger Krankenpfleger ist aushilfsweise (Urlaubsvertretung) vom 1. Juni bis 31. Juli halbtags als Masseur in einem städtischen Krankenhaus gegen monatlich 150 DM beschäftigt. Die Beschäftigung als Masseur ist arbeiterrentenversicherungspflichtig, da das Gesetz (§ 1228 Abs. 1 Nr. 4 und 5 RVO) die Versicherungsfreiheit von Nebenbeschäftigungen bei versicherungspflichtigen Selbständigen nicht vorsieht. In der KV ist die Nebenbeschäftigung dagegen so-

wohl nach § 167 Nr. 4 wie nach § 169 Nr. 2 versicherungsfrei, weil ein Bedürfnis, Personen in einer Nebenbeschäftigung in die Versicherungspflicht einzubeziehen, die als Selbständige im Hauptberuf versicherungsfrei sind, nicht anerkannt werden kann.

Zu § 170*Absatz 1**Nr. 1, 2, 3 und 5*

entsprechen § 168 Abs. 5 Nr. 1 bis 4 des geltenden Rechts.

Nr. 4

ist neu, hat aber sein Vorbild in § 1231 Abs. 2 des Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter. Auf einen Befreiungsantrag als Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit kann in der Krankenversicherung verzichtet werden.

Absatz 2

stellt klar, daß Recht, das durch zwischenstaatliche und überstaatliche Abkommen gesetzt wird, den Vorrang vor den Fällen des Absatzes 1 hat.

Zu § 171*Absatz 1*

Wie im geltenden Recht, wird auch künftig denjenigen Versicherten, deren Versicherungspflicht endet, die Möglichkeit gegeben, ihre Versicherung freiwillig fortzusetzen. Um jedoch zu verhindern, daß durch kurzfristige Arbeitsverhältnisse oder durch Scheinarbeitsverhältnisse das Recht der Weiterversicherung erworben werden kann, werden die Voraussetzungen für die Weiterversicherung verschärft. Die Formulierung „ihre Versicherung fortsetzen“ schließt ein, daß die Versicherung bei der Kasse fortgesetzt wird, bei der die vorausgegangene Pflichtversicherung bestanden hat. Bei Wohnortwechsel oder bei Wechsel des Beschäftigungsortes gilt § 280 Abs. 2.

Absatz 2

An der Frist von drei Wochen für die Erklärung der Weiterversicherung wird festgehalten. Sie entspricht der Regelung des § 231 Abs. 2. „Nach Beendigung der Mitgliedschaft“ bedeutet, daß in allen Fällen, in denen die Versicherungspflicht zwar endet, die Mitgliedschaft aber kraft ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift erhalten bleibt (z. B. bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Krankengeldanspruchs), die Erklärungsfrist von drei Wochen erst nach dem Ende der Mitgliedschaft beginnt.

Zu § 172*Absatz 1*

Wie im geltenden Recht sollen auch künftig bestimmte Personenkreise das Recht haben, den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung durch freiwilligen Beitritt zu erwerben. Dabei handelt es sich um Personen, die

- a) als Verwandte 1. Grades oder als Ehegatten untereinander ein Arbeitsverhältnis eingehen (§ 167 Nr. 2);
- b) als ordentliche Studierende eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben oder nach Abschluß des Hochschulstudiums zur Ausbildung oder Weiterbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt tätig sind (§ 167 Nr. 3);
- c) als Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schwestern vom Deutschen Roten Kreuz, Schulschwestern und ähnliche Personen sich mit Krankenpflege oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen (§ 167 Nr. 11);
- d) zwar in Berufsausbildung stehen, aber nicht oder zumindest nicht überwiegend „beschäftigt“ sind, weil der theoretische Unterricht überwiegt (Abs. 1 Nr. 2). Dieser Personenkreis ist im geltenden Recht nach einer Anordnung des früheren Reichsarbeitsministers zu § 363a Abs. 3 RVO ohne Anspruch auf Barleistungen gegen Krankheit versichert. Da eine dem § 363 Abs. 3 RVO entsprechende Ermächtigung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht zulässig erscheint, soll den unterschiedlichen Bedürfnissen des genannten Personenkreises Rechnung tragend das Recht des freiwilligen Beitritts zur Krankenversicherung gegeben sein. Soweit Schwesternschülerinnen als Vorschülerinnen oder Lernschwestern zu ihrer Berufsausbildung „beschäftigt“ sind, unterliegen sie der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1;
- e) als Waisenrentenempfänger nicht der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 6 unterliegen;
- f) als Selbständige einen Beruf ausüben und nicht mehr als zwei versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen.

Allen diesen Personen ist gemeinsam, daß ein Sicherungsbedürfnis für den Fall der Krankheit im Einzelfall bestehen kann, daß es aber ihrer Entscheidung überlassen werden kann, ob sie den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen. Daß der Versicherungsschutz von Personen beansprucht wird, die ihn nicht benötigen, wird dadurch ausgeschlossen, daß von den Versicherungsberechtigten beim Beitritt der Nachweis gefordert wird, daß ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 175) 7920 DM nicht übersteigt.

Absatz 2 und 3

Die Vorschriften dienen dem Schutz der Versicherungsgemeinschaft gegen unzumutbare Risiken. In Erweiterung des bisherigen Rechts kann das Gesundheitszeugnis nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Familienangehörigen gefordert werden. Der Beitritt kann nicht nur bei Bestehen einer akuten Erkrankung, sondern auch dann zurückgewiesen werden, wenn das Gesundheitszeugnis, z. B. bei latenten chronischen Krankheiten, nicht genügt.

Zu § 173

Absatz 1

Nach geltendem Recht hat der überlebende oder geschiedene Ehegatte das Recht, die Versicherung des

anderen Ehegatten „freiwillig fortzusetzen“ (§ 313 RVO). Dasselbe Recht ist dem im Inland zurückbleibenden Ehegatten eines Versicherten eingeräumt, der aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, um eine Beschäftigung im Ausland aufzunehmen und nicht selbst seine Versicherung freiwillig fortsetzt. Im geltenden Recht fehlt aber die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in den Fällen, in denen die Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt wird.

Bei allen diesen Tatbeständen handelt es sich aber nicht um eine „freiwillige Weiterversicherung“, weil eine Eigenversicherung, die fortgesetzt werden könnte — wie es der Begriff der freiwilligen Weiterversicherung des Entwurfs voraussetzt — vorher nicht bestanden hat. Deshalb gestaltet der Entwurf diese Art der Versicherung als Versicherungsberechtigung aus. Es wird auch darauf verzichtet, dem im Inland zurückbleibenden Ehegatten eines ins Ausland verziehenden Versicherten die Versicherungsberechtigung zu geben, weil es dem Versicherten selbst überlassen bleiben kann, für den Versicherungsschutz seiner zurückbleibenden Familie zu sorgen.

Das Recht des freiwilligen Beitritts ist im Falle des § 173 nicht durch eine Altersgrenze oder die Forderung nach einem genügenden Gesundheitszeugnis eingeschränkt.

Absatz 2

Wie die freiwillige Weiterversicherung soll auch der Beitritt zur Versicherung in diesen Fällen daran gebunden sein, daß der Antrag innerhalb von drei Wochen gestellt wird. Nur in besonderen Ausnahmefällen, in denen ohne Verschulden des Beitrittsberechtigten der Beitritt verspätet erklärt wird, soll diese Frist überschritten werden können.

Absatz 3

Die Aufhebung oder Nichtigkeitserklärung der Ehe ist dem Tatbestand der Scheidung vergleichbar. Auch in diesen Fällen wird das Recht des freiwilligen Beitritts zugestanden.

Zu § 174

Absatz 1

Der mit dem Entwurf verfolgte Zweck, in der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen Personenkreis zu versichern, der wegen seiner wirtschaftlichen und sozialen Lage sicherungsbedürftig erscheint, verlangt auf der anderen Seite, daß der Versicherungsschutz dann erlischt, wenn das jährliche Gesamteinkommen eine bestimmte Grenze überschreitet. Da die Rentenversicherung der Angestellten, die u. a. darauf abzielt, einem schutzbedürftigen Personenkreis eine Altersversorgung zu sichern, auf den Versicherungszwang verzichtet, sobald der Jahresarbeitsverdienst 15 000 DM übersteigt, bietet sich die gleiche Grenze auch für das Erlöschen der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Meldefristen für den Nachweis der Einkommensverhältnisse werden nach § 301 von der Satzung der Kasse festgesetzt. Die Einhaltung der Meldefrist kann mit Ordnungsstrafen von 3 bis

1000 DM erzwungen werden (§ 428), so daß gewährleistet ist, daß die Überschreitung der Einkommensgrenze der Kasse rechtzeitig bekannt wird.

Absatz 2

Um Härtefälle auszuschließen, soll die Versicherung bei Überschreitung der Einkommensgrenze dann nicht erlöschen, wenn sie mindestens 10 Jahre bestanden hat.

Zu § 175

Auch das bisherige Recht kennt den Begriff des Gesamteinkommens (§§ 176, 178 RVO). Allerdings sind die Krankenkassen bei der Prüfung des Gesamteinkommens oft auf Schätzungen angewiesen, so daß sowohl im Falle des Beitritts wie im Falle des Ausscheidens (solange eine Einkommensgrenze galt) Schwierigkeiten bei der Feststellung des Tatbestandes entstanden sind. Dieser wenig befriedigende Zustand wird durch die Neufassung des § 175 beseitigt. Bei Arbeitnehmern gilt als Gesamteinkommen der im vorangegangenen Kalenderjahr bezogene Arbeitslohn, bei allen übrigen Versicherten der Gesamtbetrag der Einkünfte, der die Grundlage der letzten Einkommensteuerveranlagung bildet. Damit werden zwar sowohl für den Beitritt wie für das Ausscheiden Verhältnisse zugrunde gelegt, die in der Vergangenheit liegen. Dies muß aber, da anders die maßgebliche Einkommensgrenze zuverlässig nicht festgestellt werden kann, in Kauf genommen werden.

Zu § 176

Die in § 179 Abs. 1 RVO aufgeführten Leistungen der Krankenversicherung bleiben ihrer Art und ihrem Wesen nach als Sachleistungen und als Barleistungen erhalten. Als neue gesetzliche Leistungsart tritt die Vorsorgehilfe hinzu. Nur die aufgezählten Leistungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz hierzu stehen die durch Auftrag den Kassen zugewiesenen Aufgaben (vgl. § 340).

Eine Begriffsbestimmung der Regel- und Mehrleistungen ist entbehrlich, da die einzelnen Vorschriften, in denen die Gewährung der Leistungen geregelt ist, durch ihre Fassung erkennen lassen, ob es sich um Regel- oder Mehrleistungen handelt. Im übrigen stellt § 290 klar, welche Leistungen die Satzung vorsehen kann.

Zu § 177

Nach geltendem Recht können die Träger der Krankenversicherung Maßnahmen der besonderen und allgemeinen Krankheitsverhütung als Mehrleistungen vorsehen. Gewisse Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sind den Krankenkassen entzogen und den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung zugewiesen.

Dieser Zustand entspricht nicht den Bedürfnissen einer modernen Gesundheits- und Sozialpolitik. Die in der Vorschrift aufgezählten Leistungen der Vorsorgehilfe gehören zu den den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben der Krankheitsvorbeugung. Sie

dienen der Früherkennung von Krankheiten und ihrer Abwendung. Auf bestimmte Vorsorgeleistungen wird den Versicherten in den folgenden Vorschriften ein Rechtsanspruch eingeräumt. Andere Leistungen sind als Mehr- oder als Ermessensleistungen vorgesehen, damit auf die örtlichen und betrieblichen Verhältnisse sowie auf die besondere Gefährdung einzelner Gruppen von Versicherten Rücksicht genommen werden kann. Es bestehen auch über die praktischen Möglichkeiten einiger der vorgesehenen Leistungen nur beschränkte Erfahrungen. Soweit Aufgaben der Vorsorge schon von anderen Stellen, insbesondere von den staatlichen Gesundheitsämtern wahrgenommen werden, ist es nicht Sache der Krankenkassen, Leistungen zu übernehmen.

Zu § 178

Absatz 1

Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von Krankheiten. Man kann davon ausgehen, daß im allgemeinen nach Vollendung des 40. Lebensjahres eine erhöhte Gesundheitsgefährdung besteht und schwere Krankheiten, insbesondere Abnutzungskrankheiten verstärkt auftreten. Die Versicherten erhalten das Recht, unter den festgesetzten Voraussetzungen allgemeine ärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Absatz 2

Darüber hinaus kann die Kassensatzung die allgemeinen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen auch für Versicherte, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und in kürzeren als dreijährigen Zeiträumen vorsehen. Als Mehrleistungen können auch gezielte Vorsorgeuntersuchungen für besonders gefährdete Berufs- oder Personengruppen nach näherer Bestimmung der Satzung gewährt werden.

Zu § 179

Durch die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sollen Zahnkrankheiten schon im Frühstadium erkannt und durch Frühbehandlung größere Schäden vermieden werden. Um eine Überlastung der Zahnärzte am Ende des Kalenderjahres zu vermeiden und die Zwischenräume zwischen den einzelnen Untersuchungen etwa gleichmäßig zu halten, wird davon abgesehen, auf das Kalenderjahr als Untersuchungszeitraum abzustellen. Ist der Versicherte im Untersuchungszeitraum vom Zahnarzt bereits behandelt worden, so kann davon ausgegangen werden, daß der Zahnarzt hierbei auch eine allgemeine Untersuchung des Gebisses vorgenommen hat. Eine besondere Vorsorgeuntersuchung erübrigt sich dann.

Zu § 180

Absätze 1 und 3

Die Vorsorgekuren dienen dazu, solche Krankheiten rechtzeitig abzuwenden, die die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bedrohen. Die Gefahr einer Erkrankung allein kann daher für die Gewährung dieser Leistung nicht genügen. Da Kuren vielfach sehr kostspielig sind und der erforderliche Gesamtaufwand nicht hinreichend übersehen werden kann, soll ihre Gewäh-

nung in das Ermessen der Kassenverwaltung gestellt werden. Es bleibt ihr überlassen, ob sie eine Kur als Sachleistung oder ob sie Zuschüsse zu einer Kur gewährt. Vor der Gewährung der Kur ist ein ärztliches Gutachten einzuholen. Damit ist sichergestellt, daß die Mittel der Kasse tatsächlich für die im Gesetz vorgesehenen Zwecke verwendet werden.

In der Regel besteht während einer Vorsorgekur noch nicht Arbeitsunfähigkeit, so daß der Versicherte, der sich einer Kur unterziehen muß, keine wirtschaftliche Hilfe für sich und seine Familienangehörigen erhält, wenn sein Erwerbseinkommen nicht weiterläuft. Daher wird ihm das gekürzte Krankengeld — bisher Hausgeld — zugebilligt, sofern bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld besteht. Diese Bestimmung entspricht inhaltlich § 186 Abs. 2 und § 189 Abs. 1 RVO. Wird Erwerbseinkommen weitergezahlt, so gelten die gleichen Überlegungen und damit die gleiche Regelung wie bei Krankenhauspfllege.

Absatz 2

Aus dem Zweck der Vorsorgekuren ergibt sich, daß diese nicht den der allgemeinen Erholung dienenden Urlaub ersetzen sollen. Durch die Bestimmung des Abs. 2 soll der gesundheitspolitische Erfolg dieser Leistung sichergestellt werden. Als für Vorsorgekuren geeignete Heime kommen alle Genesungs-, Erholungs-, Kurheime und Sanatorien, also beispielsweise auch die Heime des Müttergenesungswerkes in Betracht, wenn sie unter dauernder ärztlicher Aufsicht stehen.

Absatz 4

In vielen Fällen werden bei drohender Arbeitsunfähigkeit auch Maßnahmen der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angezeigt sein. Diese durchzuführen ist Aufgabe der Rentenversicherung. Es muß daher verhindert werden, daß Personen, die in beiden Versicherungszweigen versichert sind, von den Trägern beider Versicherungszweige Leistungen beanspruchen, oder daß die Träger beider Versicherungszweige sich für nicht zuständig erklären. Es erscheint aber nicht zweckmäßig, die Träger eines Versicherungszweiges mit der Durchführung der Aufgaben zu betrauen und ihnen gegen die Träger des anderen Versicherungszweiges Erstattungsansprüche zu geben. Daher soll in der Regel zunächst der Träger der Rentenversicherung prüfen, ob Maßnahmen der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angezeigt sind, und ob er derartige Leistungen übernehmen will. Der Träger der Krankenversicherung soll in der Regel nur dann eintreten, wenn der Träger der Rentenversicherung eine den Vorsorgekuren entsprechende Maßnahme nicht durchführt. Da jedoch Fälle denkbar sind, in denen infolge der Verzögerung, die mit der Anzeige an den Träger der Rentenversicherung und dessen Prüfung verbunden sind, der Erfolg der Vorsorgemaßnahmen in Frage gestellt würde, läßt die Sollvorschrift die Möglichkeit zu, daß der Träger der Krankenversicherung die Vorsorgekur gewährt, ohne eine Entscheidung des Trägers der Rentenversicherung abzuwarten.

Zu § 181

Absatz 1

Auf dem Gebiet der Vorsorgehilfe sind eine Reihe weiterer Maßnahmen denkbar, deren Aufzählung im Gesetz sich nicht empfiehlt, weil sie unvollständig bleiben müßte. Auch könnte bei einer gesetzlichen Regelung den örtlichen und individuellen Bedürfnissen nicht hinreichend Rechnung getragen werden. Die Vorschrift gibt daher den Vertreterversammlungen der Kassen die Ermächtigung, durch Satzungsbestimmungen die Gewährung von Einzelmaßnahmen der Vorsorgehilfe nach den Bedürfnissen der einzelnen Kasse zu regeln.

Die nach dieser Vorschrift zu gewährenden Leistungen stellen Maßnahmen der besonderen Vorsorgehilfe, nicht aber Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung oder Leistungen bei vorhandener Krankheit dar. In Betracht kommen Leistungen, die unmittelbar geeignet sind, der Abwendung drohender Krankheiten im Einzelfall zu dienen. Die aufgeführten kieferorthopädischen, orthopädischen Maßnahmen und Schutzimpfungen stellen nur Beispiele dar. Der Satzung steht es frei, bestimmte Maßnahmen für alle Versicherten oder Maßnahmen für bestimmte Gruppen von Versicherten (z. B. für Jugendliche oder für solche Versicherten, die von bestimmten Krankheiten besonders bedroht sind) als Sachleistungen oder Zuschüsse für solche Maßnahmen vorzusehen. Da einige der möglichen Maßnahmen in den Aufgabebereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes fallen, ist eine Abgrenzung erforderlich. In der Regel werden die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes dem Schutz der gesamten Bevölkerung, also auch den von der gesetzlichen Krankenversicherung betreuten Personen dienen. Satz 2 trägt dem Rechnung und läßt den Maßnahmen der Gesundheitsbehörden den Vorrang.

Absatz 2

Bei den in Betracht kommenden Einzelmaßnahmen muß das eigene Interesse der Versicherten an einer sinnvollen Durchführung angesprochen werden. Dem dient die Kostenbeteiligung des Versicherten bei solchen Maßnahmen, die als Sachleistungen gewährt werden.

Zu § 182

Der Tatbestand dieser Vorschrift ist bisher in § 363 RVO enthalten. Die Bestimmung wird in den Abschnitt „Vorsorgehilfe“ übernommen, weil es sich um Leistungen aus Kassenmitteln handelt, die unmittelbar der Verhütung von Erkrankungen oder Krankheiten dienen und der Allgemeinheit der Versicherten oder wenigstens dem größeren Teil der Versicherten zugute kommen sollen. Die Fassung „für Zwecke der allgemeinen Krankheitsverhütung“ entspricht dem geltenden Recht.

Soweit diese Aufgaben bisher den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung übertragen waren, werden sie wieder den Krankenkassen zugewiesen. Über die Verwendung der Mittel entscheidet die Kasse. Sie ist nicht an Weisungen gebunden, hat aber im Einzelfall für die Verwendung

und die Art der Verwendung von Mitteln die Zustimmung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

Zu § 183

Die Vorschrift zählt die zur Krankenhilfe gehörenden Leistungen auf. Neben den in § 182 Abs. 1 RVO genannten Leistungen (Krankenpflege und Krankengeld) gehört zur Krankenhilfe auch die Genesendenfürsorge. Krankenhauspflege war bisher Ermessensleistung und Ersatzleistung für Krankenpflege und Krankengeld. Da sie künftig selbständige Pflichtleistung werden soll, muß sie in den Katalog der zur Krankenhilfe gehörenden Leistungen aufgenommen werden.

Zu § 184

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 182 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2, §§ 183 und 368e RVO; sie verpflichtet die Träger der Krankenversicherung zur Gewährung der genannten Leistungen. Nach § 1 Abs. 2 des Zahnheilkundegesetzes wird das „Fehlen von Zähnen“ als Krankheit angesehen. Alle Maßnahmen, die der Behandlung des Fehlens von Zähnen dienen, gehören zur Ausübung der Zahnheilkunde. Dem trägt der Entwurf dadurch Rechnung, daß er den Zahnersatz als Teil der ärztlichen Behandlung bezeichnet. Den Umfang dieser Leistung bestimmt § 191. Die Verwendung des Begriffs „Arzneimittel“ stellt einen Vorgriff auf den dem Deutschen Bundestag zugeleiteten Entwurf eines Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) — Drucksache 654 — dar. Da Verbandmittel nicht zu den Arzneimitteln im Sinne des Entwurfs eines Arzneimittelgesetzes gehören, werden sie gesondert genannt.

Abweichend vom geltenden Recht soll die Krankenpflege 6 Wochen nach dem Ende der Mitgliedschaft enden. Für eine längere Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs besteht kein Bedürfnis mehr. Für Versicherte, die arbeitsunfähig sind, bleibt die Mitgliedschaft und damit der Leistungsanspruch in der Regel für die gesamte Dauer des Krankheitsfalles erhalten. Wer aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen Erwerbslosigkeit oder wegen Rentenbezuges ausscheidet, bleibt als Arbeitsloser oder als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Soweit dies nicht zutrifft, weil der Versicherte die Beschäftigung aus anderen Gründen aufgibt oder weil keine Ansprüche auf den Hauptbetrag aus der Arbeitslosenversicherung oder Arbeitslosenhilfe bestehen, oder weil er nicht zu dem Kreis der pflichtversicherten Rentner gehört, kann sich der Betroffene meist freiwillig weiterversichern. Macht der Betroffene jedoch keinen Gebrauch von seinem Recht, so kann der Versicherten-gemeinschaft nicht zugemutet werden, für nicht unerhebliche Zeiten nach dem Ausscheiden aus der Versicherung für Leistungen aufzukommen, ohne daß dafür Beiträge gezahlt werden. Auf den Zeitraum von 6 Wochen wird abgestellt, weil solange die Mitgliedsbescheinigung nach § 187 Abs. 2 gültig ist und der Kasse damit die Prüfung der Beendigung des Leistungsanspruches erleichtert wird.

Absatz 2

Wie auch in späteren Vorschriften werden Bestimmungen, die das Verhältnis des Versicherten zu seiner Kasse betreffen, aus systematischen Gründen in das Leistungsrecht übernommen. Die Vorschrift umschreibt den Anspruch des Versicherten und begrenzt ihn zugleich.

Zu § 185

Absatz 1

stellt den Grundsatz auf, daß die ärztliche Behandlung als Sachleistung durch die Ärzte gewährt wird, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Absätze 2 und 3

Die Vorschriften entsprechen inhaltlich § 368d Abs. 1 und 2 RVO. § 368d Abs. 3 RVO wird nicht übernommen, da diese Vorschrift eine an sich selbstverständliche Empfehlung ausspricht. Wird in Notfällen ein Arzt in Anspruch genommen, der nicht zu den in Absatz 1 genannten Ärzten gehört, so wird die Gewährung der ärztlichen Behandlung als Sachleistung für die Krankenkasse unmöglich. Der Versicherte tritt dann dem Arzt als Privatpatient gegenüber und erhält die Kosten, die ihm durch die Behandlung als Privatpatient entstanden sind, abzüglich seiner Kostenbeteiligung von der Kasse ersetzt

Zu § 186

Absatz 1

Die Versicherten sollen sich künftig an den Kosten der ärztlichen Behandlung in zumutbarem Umfang beteiligen. Die Beteiligung bezweckt nicht, die Versicherten vom Arztbesuch abzuhalten, sondern will ihnen zum Bewußtsein führen, daß die ärztliche Behandlung im Interesse der Versichertengemeinschaft maßvoll in Anspruch genommen werden soll. Durch die Beteiligung soll das Verhältnis Arzt — Patient verbessert und dem Versicherten der Wert der ärztlichen Leistung deutlicher als bisher vor Augen geführt werden.

Der Entwurf hält an dem sich in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bewährten System der Gewährung der ärztlichen Behandlung als Sachleistung fest. Der Übergang zum Kostenerstattungssystem ist auch nicht für bestimmte Gruppen von Versicherten vorgesehen. Es widerspräche dem Grundsatz der Gleichbehandlung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von den in der Öffentlichkeit erörterten Formen der Kostenbeteiligung erscheint die pauschale Beteiligung an den Kosten der einzelnen Leistung des Arztes als die zweckmäßigste, weil sie den Versicherten laufend an den Kosten der ärztlichen Behandlung beteiligt, trotzdem aber so niedrig gehalten werden kann, daß der Weg zum Arzt nicht behindert wird.

Absatz 2

Dem Gedanken, den Schwerpunkt der Leistungen von der kurzen auf die langdauernde Krankheit zu verlagern, entspricht es, die Beteiligung zeitlich zu begrenzen. Sie soll den Versicherten vor allem dann

nicht belasten, wenn er im Krankheitsfalle nur Krankengeld als wirtschaftliche Hilfe erhält. In den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit sinkt die wirtschaftliche Hilfe nicht wesentlich unter das Nettoarbeitsentgelt ab. Der Zeitraum von sechs Wochen bietet sich daher zur Begrenzung an. Während der sechs Wochen soll die Beteiligung gezahlt werden bei Behandlung der aufgetretenen Krankheit durch den erstbehandelnden oder einen anderen Arzt, sowie bei der Behandlung aller hinzutretenden Krankheiten, gleichgültig von welchem Arzt diese behandelt werden. Von der siebenten Woche der Behandlung an soll die Zuzahlung für die zuerst aufgetretene Krankheit und für die während der ersten sechs Wochen hinzugetretenen Krankheiten entfallen, wenn diese von dem Arzt behandelt werden, der den Versicherten wegen der zuerst aufgetretenen Krankheit behandelt. Die Bestimmungen in den Sätzen 2 und 3 begrenzen den Behandlungsfall bei langdauernden Krankheiten. Dauert die Behandlung einer Krankheit ununterbrochen fort, so wird der Behandlungsfall durch eine gesetzliche Fiktion auf sechs Monate begrenzt. Vom siebenten Monat an wird die Weiterbehandlung als ein neuer Behandlungsfall angesehen.

Absatz 3

stellt sicher, daß keine Kostenbeteiligung zu zahlen ist, wenn der Versicherte bei längerer Behandlungsbedürftigkeit nur Krankengeld als wirtschaftliche Hilfe erhält.

Absatz 4

Sofern eine Zuzahlung nicht zumutbar ist, soll der Versicherte hiervon befreit werden. Dies wird im allgemeinen bei monatlichen Einkommen unter 200 DM und darüber hinaus in besonderen Härtefällen anzunehmen sein. Die Kasse entscheidet über die Befreiung nach pflichtgemäßem Ermessen. Eine gesetzliche Befreiung für Versicherte mit einem monatlichen Einkommen unter 200 DM ist nicht angezeigt, weil es Versicherte gibt, die zwar ein geringes Einkommen haben, denen aber eine Zuzahlung zugemutet werden kann.

Absatz 5

Die Selbstverwaltung soll die Möglichkeit haben, durch Einführung einer Höchstbegrenzung für jeden Behandlungsfall die Kostenbeteiligung besonderen sozialen Gegebenheiten anzupassen.

Zu § 187

Diese Vorschrift regelt das zur verwaltungsmäßigen Durchführung der Kostenbeteiligung bei der ärztlichen Behandlung Erforderliche. Der Krankenschein wird durch die Mitgliedsbescheinigung abgelöst. Sie dient dem Arzt gegenüber als Ausweis dafür, daß der Patient Leistungsansprüche gegen die bezeichnete Krankenkasse hat, und als Abrechnungsformular, mit dem der Arzt seine Honorarforderung gegenüber der Krankenkasse und gegenüber dem Versicherten geltend macht. Hierdurch wird der mit der Kostenbeteiligung verbundene Verwaltungsaufwand möglichst gering gehalten.

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Die Mitgliedsbescheinigung für die erste Behandlung einer Krankheit bleibt für die ersten 6 Wochen, solange also die Kostenbeteiligung zu zahlen ist, gültig. Nach Abschluß der Behandlung, spätestens nach Ablauf von 6 Wochen, hat der Arzt mit der Kasse über seine Kassenärztliche Vereinigung seine Honorarforderungen abzurechnen. Für die Abrechnung der Zuzahlungsbeträge mit dem Versicherten dient eine Durchschrift der Mitgliedsbescheinigung, aus der der Versicherte gleichzeitig die Gesamtkosten der Behandlung seiner Krankheit erkennt. Von der Angabe der Krankheitsbezeichnung auf der Durchschrift, die der Versicherte erhält, soll der Arzt in den Fällen absehen können, in denen er eine Mitteilung an den Patienten nicht für wünschenswert hält.

Absatz 3

Die bei Fortdauer der Behandlung über sechs Wochen hinaus notwendige Mitgliedsbescheinigung gilt für die übrige Zeit des Behandlungsfalles. Wenn auch keine Zuzahlung mehr zu leisten ist, so soll der Versicherte dennoch eine Durchschrift erhalten, um die Kosten der Behandlung zu kennen.

Absatz 4

Das Abrechnungsverfahren soll im gesamten Bundesgebiet und in West-Berlin einheitlich durchgeführt werden. Daher muß das Formularwesen einheitlich durch Verwaltungsvorschriften geregelt werden. Hierbei wird auch Form und Inhalt der Mitgliedsbescheinigung für Überweisungsfälle bestimmt.

Zu § 188

Absatz 1

Um den Versicherten zur Besonnenheit im Verbrauch von Arzneimitteln anzuhalten, wird bei der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln eine Beteiligung an den Kosten als notwendig erachtet. Die bisherige pauschale Beteiligung in Höhe von 0,50 DM je Verordnungsblatt hat sich als unzureichend erwiesen. Es wird daher eine prozentuale Beteiligung an den Kosten der Arznei- und Verbandmittel mit einer Mindest- und Höchstbegrenzung vorgesehen.

Absatz 2

Grundsätzlich sollen für die Berechnung des Beteiligungsbetrages die Kosten aller Medikamente, die der Arzt bei einer Beratung verordnet, zusammengerechnet werden. Daneben ist aber eine Begrenzung der Zahl der Verordnungen je Verordnungsblatt vorgesehen. Diese Begrenzung ist gerechtfertigt, weil etwa 90 v. H. aller Verordnungsblätter nur eine oder nur zwei Verordnungen enthalten. Sie ist notwendig, um keinen Anreiz zu geben, den Betrag von 5 DM, für den die Mindestgebühr zu entrichten ist, ungerechtfertigt auszunutzen.

Absatz 3

Es entspräche der Tendenz des Entwurfs nicht, bei schweren chronischen Krankheiten eine Beteiligung an den Kosten der zur Behandlung dieser Krankheiten benötigten Arzneimittel zu fordern. Insbesondere gilt dies für Arzneimittel, die bei bestimmten Krankheiten fortlaufend gebraucht werden (z. B. Insulin bei Diabetes). Aus Zweckmäßigkeitsgründen wird dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung eine Ermächtigung gegeben, die Befreiungstatbestände durch Rechtsverordnung zu bestimmen. Damit soll die schnelle Anpassung der Befreiungsvorschriften an die Erkenntnisse der medizinischen Forschung sichergestellt werden.

Zu § 189

Die Vorschrift des Absatzes 1 übernimmt für die gesetzliche Krankenversicherung eine Regelung, die inhaltlich in § 1 Abs. 3 und 4 und § 8 des Entwurfs eines Arzneimittelgesetzes enthalten ist. Sofern das Arzneimittelgesetz vor der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet wird, könnte auf diese Vorschrift verzichtet werden.

Zu § 190**Absätze 1 und 2**

Das geltende Recht unterscheidet zwischen kleineren Heilmitteln, die Regelleistungen sind, und größeren Heil- und Hilfsmitteln, die als Mehrleistungen gelten. Die Unterscheidung gründet sich nicht auf das Wesen der Mittel, sondern auf die Kosten. Sie erscheint nicht mehr sachdienlich. Zweckmäßiger ist es, der Selbstverwaltung zu überlassen, welche Hilfsmittel sie als Sachleistung gewähren oder ob sie Zuschüsse leisten will. Die Satzung der Kasse kann die Leistungsgewährung elastischer und für den Einzelfall sinnvoller regeln, als dies im Gesetz möglich wäre. Brillen werden, um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, als Heilmittel angesehen.

Absatz 3

Eine Kostenbeteiligung muß die Satzung vorsehen, um die Leistungsempfänger zu pfleglicher Behandlung der vielfach sehr kostspieligen Mittel anzuhalten.

Zu § 191**Absätze 1 und 3**

Zahnersatz ist nach geltendem Recht Ermessensleistung. Er soll künftig für solche Versicherte Pflichtleistung werden, die alles getan haben, um ihr Gebiß gesund zu erhalten. Damit soll erreicht werden, daß die weitverbreitete Zahnfäule möglichst im Frühstadium wirkungsvoll bekämpft werden kann und daß größere Zahnschäden, die vielfach Ursache für viele andere Krankheiten sind, vermieden werden. Aus dem Sinn dieser Bestimmung ergibt sich, daß der volle Zahnersatz nur dann gewährt werden soll, wenn der Versicherte sich nicht nur den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen hat, sondern sich auch seine Zähne regelmäßig sanieren läßt. Da dies als selbstverständlich angesehen wird, braucht das Gesetz nicht ausdrücklich darauf hinzu-

weisen. Den Versicherten soll auch die Möglichkeit zugebilligt werden, sich Zahnersatz in einer aufwendigeren Ausführung anfertigen zu lassen, als ausreichend und notwendig wäre. Sie erhalten dann den Betrag, der für den notwendigen Zahnersatz erforderlich ist.

Die Bestimmung des Begriffs „notwendiger Zahnersatz“ könnte entweder der Rechtsprechung überlassen bleiben oder durch ergänzende Rechtsnormen geschehen. Wegen der Schwierigkeiten, die sich im Hinblick auf das Zahnheilkundengesetz bei der Auslegung durch die Rechtsprechung ergeben könnten, empfiehlt es sich, für das Leistungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Rechtsnormen festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Zahnersatz als notwendig anzusehen ist. Eine gesetzliche Regelung hätte jedoch den Nachteil, daß das Gesetz mit zu vielen Einzelheiten belastet würde und daß die gesetzliche Bestimmung nicht elastisch genug veränderten Verhältnissen angepaßt werden könnte. Es der Regelung durch Satzungsrecht zu überlassen, befriedigt deswegen nicht, weil damit für einen gleichgearteten Sachverhalt nach Kassen unterschiedliche Verhältnisse geschaffen würden. Daher bietet sich als die zweckmäßigste Regelung an, den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu ermächtigen, die ergänzenden Bestimmungen durch Rechtsverordnung zu treffen.

Absatz 2

Sofern Versicherte sich regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nicht unterziehen, sollen sie nur einen Zuschuß nach pflichtmäßigem Ermessen der Kasse erhalten.

Zu § 192**Absatz 1**

Nach geltendem Recht hat die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen darüber zu entscheiden, ob sie Krankenhauspflege gewähren will. Es entspricht nicht mehr einer zeitgemäßen Sozialversicherung, bei dieser für schwere Krankheit wichtigen Leistung den Versicherten in eine mindere Rechtsstellung zu verweisen. Daher soll künftig die Krankenhauspflege Pflichtleistung werden, wenn die Krankheit nur bei Aufnahme in das Krankenhaus erkannt oder stationär behandelt werden kann.

Auf die Legaldefinition des Begriffs „Krankenhauspflege“ kann verzichtet werden, da durch die bisherige Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Inhalt dieser Leistung festgelegt ist. Die Krankenhauspflege tritt an die Stelle von Krankenpflege, da diese im Krankenhaus erbracht wird. Da bei Krankenhauspflege die gleichen Grundsätze über ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung wie bei Krankenpflege gelten sollen, wird auf die entsprechende Vorschrift verwiesen.

Absatz 2

Ebenso wie bei ärztlicher Behandlung soll dem Versicherten freigestellt sein, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lassen will. In Betracht können nur solche Krankenhäuser kommen, die mit Krankenkassen Verträge geschlossen haben. Insoweit ent-

spricht die Vorschrift § 184 Abs. 5 RVO. Der Versicherte hat die Wahl unter den für die Behandlung seiner Krankheit geeigneten Krankenhäusern, da Fälle denkbar sind, in denen die nächsterreichbaren Krankenhäuser für die notwendige Behandlung nicht eingerichtet sind. In Notfällen kann der Versicherte nicht ausschließlich auf die Vertragskrankenhäuser verwiesen werden. Da aber die Erbringung der Sachleistung mangels eines Vertrages zwischen Kasse und Krankenhaus nicht möglich ist, erhält der Versicherte wie bei der ärztlichen Behandlung in Notfällen die entstandenen Kosten von seiner Kasse ersetzt.

Absatz 3

entspricht im wesentlichen § 184 Abs. 3 RVO.

Zu § 193

Absatz 1

Außer den in § 192 Abs. 1 geregelten Fällen sind Fälle denkbar, bei denen die Aufnahme in ein Krankenhaus aus anderen Gründen zweckmäßig oder notwendig erscheint. Es kann beispielsweise vorkommen, daß ein Versicherter, der unter normalen Verhältnissen im Haushalt gepflegt werden kann und dessen Krankheit an sich keiner Krankenhauspflege bedarf, zweckmäßiger im Krankenhaus behandelt würde, weil die Wohnverhältnisse unzuverlässig sind. In derartigen Fällen soll zwar dem Versicherten nicht ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege gegeben werden, dem Ermessen der Kasse soll es aber überlassen bleiben, einen Zuschuß zu gewähren.

Absatz 2

legalisiert eine bisher vielfach geübte Handhabung, die sich als zweckmäßig erwiesen hat.

Absatz 3

Die Vorschrift ergänzt § 192 Abs. 2 für den Fall, daß der Versicherte ohne triftigen Grund ein anderes als eines der für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch nimmt. Als triftiger Grund für die Inanspruchnahme eines anderen Krankenhauses gilt auch, wenn der Versicherte aus religiösen Bedürfnissen ein anderes Krankenhaus wählt. Diesen Grundsatz enthielt ausdrücklich § 371 Abs. 2 letzter Satz RVO. Liegt kein triftiger Grund vor, so sollen der Kasse keine Mehrkosten entstehen. Mehrkosten können z. B. durch Wegekosten entstehen, die wie nach geltendem Recht zu den Kosten einer notwendigen Krankenhauspflege gehören. Es kann aber auch sein, daß das weiter entfernte Krankenhaus einen höheren Pflegesatz erhebt als die nächsterreichbaren Krankenhäuser. Da ein vergleichbarer Pflegesatz schwer zu ermitteln ist, wenn für die nächsterreichbaren Krankenhäuser unterschiedliche Pflegesätze gelten, soll der Versicherte an Stelle der Sachleistung einen Zuschuß erhalten. Seine Höhe setzt die Satzung fest.

Absatz 4

dient der Klarstellung.

Absatz 5

Die Vorschrift bezweckt, durch die unmittelbare Zahlung dem Krankenhaus die Befriedigung seiner Forderung zu erleichtern und die Kasse gegenüber dem Versicherten zur unmittelbaren Zahlung zu berechnen.

Zu § 194

Absatz 1

Während der Krankenhauspflege erhalten Angestellte in der Regel für sechs Wochen ihr Arbeitsentgelt weiter. Ähnliches gilt für Rentner, die ihre Rente während des Aufenthaltes im Krankenhaus weiterbezogen. Arbeiter dagegen erhalten während des Krankenhausaufenthaltes ein gekürztes Krankengeld (Hausgeld) und für die ersten sechs Wochen in der Regel den Zuschuß des Arbeitgebers. Während also nach geltendem Recht Rentner und Angestellte an den Kosten der Krankenhauspflege nicht beteiligt sind, ist den Arbeitern eine Beteiligung auferlegt. Die Beteiligung an der Krankenhauspflege ist deswegen gerechtfertigt, weil bei dieser Form der Krankenpflege Ersparnisse dadurch eintreten, daß Aufwendungen für häusliche Verpflegung u. ä. entfallen. Der Entwurf sieht daher eine Beteiligung an den Kosten der Krankenhauspflege für diejenigen Versicherten vor, die während des Krankenhausaufenthaltes ihre Einkünfte weiterbezogen. Diese Versicherten sollen damit den übrigen Versicherten gleichgestellt werden.

Der Beteiligungsbetrag muß so bemessen werden, daß er die erwähnten Ersparnisse in etwa ausgleicht. Es ist ein Mindestbetrag von 1 DM für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes festgelegt, da der geringste für den Lebensunterhalt notwendige Aufwand mindestens diesem Betrage entspricht. Ein Höchstbetrag erschien angemessen, weil erfahrungsgemäß bei höherem Einkommen der Aufwand für den notwendigen Lebensunterhalt nicht in demselben Verhältnis wie das Einkommen weiter ansteigt.

Absatz 2

Wird Krankenhauspflege nicht als Sachleistung, sondern in Form von Zuschüssen gewährt, oder werden in Notfällen die Kosten der Krankenhauspflege erstattet, so soll unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 der Beteiligungsbetrag von den Zuschüssen oder den zu erstattenden Kosten abgesetzt werden.

Absatz 3

gibt der Kasse die Möglichkeit, in besonderen Härtefällen nach pflichtgemäßem Ermessen von der Zahlung zu befreien.

Zu § 195

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen § 185 RVO. Da Krankenhauspflege Pflichtleistung ist, muß auch die häusliche Krankenpflege Pflichtleistung werden, die dann gewährt werden soll, wenn an sich die Aufnahme in ein Krankenhaus geboten ist. Da aber die Krankenkasse die erforderlichen Pflegepersonen nicht immer zur Verfügung stellen kann,

wird häusliche Krankenpflege nicht mehr als Sachleistung gewährt. Es soll dem Versicherten überlassen bleiben, sich die notwendigen Pflegepersonen zu beschaffen. Er erhält die ihm entstandenen Kosten erstattet.

Als Pflegepersonen kommen nicht nur ausgebildete Krankenpfleger und Krankenschwestern in Betracht, sondern auch andere Personen, die Krankenpflege ausüben. Die bisherige Fassung „oder andere Pfleger“ war zu unbestimmt. An deren Stelle treten die in Satz 2 näher bezeichneten Hauspflegerinnen. Es muß aber sichergestellt sein, daß für die häusliche Krankenpflege nur solche Personen eingesetzt werden, die den besonderen Anforderungen dieser Aufgabe gerecht werden. Dafür bieten Organisationen der genannten Art Gewähr. § 185a RVO hat in der Praxis keine Bedeutung erlangt; er kann daher entfallen.

Absatz 2

Die Selbstverwaltung der Krankenkasse soll einen angemessenen Höchstbetrag für die Erstattung der Pflegekosten festsetzen. Sie kann auch andere als die in Absatz 1 bezeichneten Träger der Hauspflege zulassen. Hierbei trägt die Kasse die Verantwortung für die geeignete Auswahl.

Zu § 196

Absatz 1

Die zeitlich begrenzte Gewährung der Krankenhauspflege nach geltendem Recht führt immer wieder zu sozialen Härten bei langdauernden Krankheiten. Es entspricht einem sozialpolitischen Erfordernis, die sogenannte Aussteuerung bei Krankenhauspflege möglichst zu beseitigen. Die in dieser Vorschrift vorgesehene Regelung erfüllt diese Forderung. Krankenhauspflege soll grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung gewährt werden. Wenn dennoch eine zeitliche Begrenzung für Krankenhauspflege wegen derselben Krankheit eingefügt ist, dann deshalb, um die Versichertengemeinschaft nicht mit Kosten von Pflegefällen zu belasten, für die sie als Träger der Krankenversicherung ihrer Aufgabenstellung nach nicht einzutreten hat. Um Streit über den Begriff des Pflegefalles zu vermeiden, ist nicht auf diesen Begriff abgestellt, sondern eine Zeitgrenze gewählt worden.

Krankenhauspflege wegen derselben Krankheit soll innerhalb von drei Jahren für höchstens 78 Wochen gewährt werden. Nach Ablauf von drei Jahren kann wegen derselben Krankheit erneut Krankenhauspflege für 78 Wochen innerhalb der Rahmenfrist gewährt werden. Diese Regelung gewährleistet, daß schwere und langdauernde Krankheiten in der Regel solange im Krankenhaus behandelt werden können, als es erforderlich ist. Um durch eine Änderung der Diagnose die Dauer der Krankenhauspflege nicht über das vom Gesetz vorgesehene Maß hinaus zu verlängern, sollen Krankheiten, die während des Krankenhausaufenthaltes neu hinzutreten, die Bezugsdauer nicht verlängern. Im übrigen werden Zeiten der Krankenhauspflege wegen verschiedener Krankheiten nicht für die Berechnung der Höchstdauer zusammengerechnet.

Absatz 2

dient der Klarstellung.

Absatz 3

Die Ausdehnung der Leistungsverpflichtung der Krankenversicherung für langdauernde Krankheitsfälle entlastet die Träger der Rentenversicherung in den Fällen, in denen sie im eigenen Interesse Heilbehandlung gewähren würden. Eine Teilung der Kosten schien daher angemessen. Für die Erstattung kommen nur Fälle in Betracht, in denen es sich um Personen handelt, die in der Rentenversicherung pflichtversichert sind.

Zu § 197

Das Absinken des Krankengeldes nach Ablauf von sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit führt dazu, daß eine wirksame wirtschaftliche Hilfe gerade bei langdauernden Krankheiten fehlt. Künftig soll daher für die gesamte Leistungsdauer Krankengeld in gleicher Höhe gezahlt werden. Aus familienpolitischen Gründen wird die Staffelung des Krankengeldes nach der Anzahl der Angehörigen für die ganze Leistungsdauer vorgeschrieben. Der Familienzuschlag wird nur für Angehörige gezahlt, für die dem Versicherten Familienhilfe zusteht.

Die derzeit geltende Regelung, nach der Krankengeld vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt wird, wenn diese länger als zwei Wochen dauert oder auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit beruht, hat sich nicht bewährt. Der rückwirkende Wegfall der Karenztage kann dazu verleiten, die Arbeitsunfähigkeit über zwei Wochen hinaus ungerechtfertigt zu verlängern. Daher soll Krankengeld künftig für den Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und den folgenden Werk- oder bezahlten Feiertag nicht gezahlt werden. Aus rechtssystematischen Gründen soll es für die Karenztage nicht entfallen, sondern ruhen.

Zu § 198

Absatz 1

Die bisherige Art der Berechnung des Krankengeldes hat verschiedene Mängel. Insbesondere führt die kalendertägliche Berechnung und die Bemessung nur nach dem zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielten Arbeitsentgelt zu unbilligen Ergebnissen. Die vorgeschlagene Regelung will diese Mängel beseitigen. Krankengeld hat Lohnersatzfunktion. Daher wäre die gerechteste Lösung, das Krankengeld nach dem Entgelt zu berechnen, das der Versicherte verdient hätte, wenn er nicht arbeitsunfähig erkrankt wäre. Ein solches fiktives Arbeitsentgelt läßt sich jedoch nur schwer feststellen. Streit darüber, wann und wie lange der Versicherte gearbeitet hätte, wenn er nicht arbeitsunfähig gewesen wäre, ließe sich nicht vermeiden. Der Vorschlag, das Krankengeld nach dem Entgelt zu berechnen, das in den letzten 3 Monaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielt worden ist, vermied zum Teil die eingangs erwähnten unbilligen Ergebnisse. Er würde aber insbesondere bei allen Versicherten, die in dieser Zeit ihren Arbeitsplatz wechseln, verwaltungstechnische Schwierig-

keiten auslösen. Der Entwurf hat daher einen anderen Weg gewählt.

Für die Krankengeldberechnung soll von dem der Beitragsbemessung zugrunde liegende Entgelt im letzten abgerechneten Kalendermonat vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Einmalige Zuwendungen sollen bei der Berechnung des Krankengeldes außer Betracht bleiben. Hierbei wird es sich meist um Zuwendungen handeln, die trotz Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden. Das monatliche Entgelt soll auf den Stundenarbeitsverdienst zurückgeführt werden. Das Krankengeld wird aus dem sich ergebenden Stundenarbeitsverdienst berechnet und für Werktage und bezahlte Feiertage, an denen der Versicherte arbeitsunfähig ist, gezahlt. Für die Berechnung des täglichen Krankengeldes ist ein Sechstel der wöchentlichen Arbeitszeit anzusetzen, wobei das Teilungsergebnis aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung auf volle Zehntel aufgerundet werden soll.

Zur Ermittlung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit dient der Tarifvertrag, soweit für den Versicherten eine tarifvertragliche Regelung besteht. Bei Versicherten, für die kein Tarifvertrag verbindlich ist, soll für die Ermittlung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit der Inhalt des Arbeitsverhältnisses maßgebend sein.

Absatz 2

Um den Versicherten gerecht zu werden, die in Betrieben beschäftigt sind, in denen an fünf Tagen in der Woche gearbeitet wird, soll die Satzung eine entsprechende Abweichung der Berechnung und Zahlung des Krankengeldes vorsehen können. Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit soll für die Berechnung des täglichen Krankengeldes durch 5 geteilt werden und das Krankengeld für die während der Arbeitsunfähigkeit ausgefallenen Arbeitstage und bezahlten Feiertage gezahlt werden.

Absatz 3

Um die Abrechnung und die Zahlung des Krankengeldes verwaltungsmäßig zu vereinfachen, soll das Krankengeld grundsätzlich jeweils nach Ablauf der im Betrieb üblichen Lohn- oder Gehaltszahlungszeiträume gezahlt werden. Soweit sich hieraus Schwierigkeiten ergeben könnten, kann die Satzung Abweichendes vorsehen.

Absatz 4

Die Verpflichtung des Arbeitgebers ergibt sich auch aus § 296. Zur Klarstellung wird hier ausdrücklich gesagt, daß der Arbeitgeber der Kasse die für die Berechnung des Krankengeldes erforderlichen Angaben zu machen hat.

Zu § 199

Absatz 1

Für Versicherte, deren Beitrag nicht nach dem tatsächlichen Entgelt, sondern nach Lohnstufen erhoben wird, kann Krankengeld nicht nach dem der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelt berechnet werden. An dessen Stelle soll der für die Beitrags-

bemessung maßgebende Mittelbetrag der Lohnstufe treten.

Absatz 2

entspricht §§ 110 und 128 AVAVG. Die Fassung wird der in der Krankenversicherung üblichen Terminologie angepaßt. Eine besondere Bestimmung über die Berechnung des Krankengeldes für Kurzarbeiter (bisher § 124 AVAVG) ist nach der Regelung des § 198 nicht mehr erforderlich.

Zu § 200

Längere Arbeitsunfähigkeit führt vielfach zu Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, die Leistungsansprüche gegen die Rentenversicherung auslösen können. Es muß daher sichergestellt werden, daß nicht aus beiden Versicherungszweigen Leistungen nebeneinander gewährt werden, die Lohnersatzfunktion haben. Der Versicherte soll aber auch nicht deswegen ohne wirtschaftliche Hilfe bleiben, weil ein anderer Versicherungszweig für die Leistungsgewährung zuständig ist, die Leistung aber noch nicht festgestellt ist.

Absatz 1

Der Anspruch auf das Krankengeld endet, wenn der Versicherte wieder arbeitsfähig ist oder wenn infolge Erwerbsunfähigkeit oder Alters die Rentenversicherung mit ihren Leistungen eintritt. Das Krankengeld muß die Krankenkasse solange weiterzahlen, bis der Versicherte die festgestellte Rente tatsächlich ausgezahlt erhält. Wird Rente nachgezahlt, so soll dem Versicherten das bis dahin gezahlte Krankengeld verbleiben, auch wenn es höher ist als die Rente. Die nachzuzahlende Rente kann dann nicht dem Versicherten, sondern muß der Kasse ausgezahlt werden. Übersteigt der Betrag der Rente das Krankengeld, so bleibt dem Versicherten der überschießende Betrag erhalten. Entsprechendes gilt für die Gewährung von Vollrenten aus der Unfallversicherung während der Arbeitsunfähigkeit.

Absatz 2

Wird dem Versicherten während des Bezuges von Krankengeld eine Rente wegen Berufsunfähigkeit bewilligt, so wird er meist nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit wieder eine Beschäftigung gegen Entgelt aufnehmen. Dieser Versicherte scheidet also nicht endgültig aus dem Erwerbsleben aus; seine Rente stellt keinen vollen, sondern nur einen teilweisen Lohnersatz dar. Das Krankengeld muß in diesen Fällen weitergezahlt, aber so weit gekürzt werden, als die Berufsunfähigkeitsrente die Funktion des Lohnersatzes übernimmt. Entsprechendes muß gelten, wenn Bergmannsrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung oder Teilrente aus der Unfallversicherung gezahlt wird.

Absatz 3

Da während der Gewährung von Übergangsgeld aus der Rentenversicherung dieses an Stelle des Krankengeldes vorübergehend die Funktion des Lohnersatzes übernimmt, muß das Krankengeld während dieser Zeit ruhen.

Absatz 4

Sobald Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist und die Voraussetzungen für den Bezug der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit erfüllt sind, liegt Arbeitsunfähigkeit im versicherungsrechtlichen Sinne nicht mehr vor, weil der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig werden kann. Entsprechendes gilt, wenn die Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes erfüllt sind. Es liegt dann kein Risiko mehr vor, für dessen Absicherung die Krankenversicherung zuständig ist. Der Träger der Krankenversicherung kann daher den Versicherten anhalten, seine Ansprüche gegen den zuständigen Versicherungsträger geltend zu machen.

Absatz 5

entspricht § 182 Abs. 1 Nr. 2 letzter Satz RVO.

Zu § 201**Absatz 1**

entspricht im wesentlichen § 189 Abs. 1 RVO.

§ 189 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 RVO gehört systematisch in das Beitragsrecht und wird dorthin übernommen. Die Neufassung in Satz 2 der Vorschrift soll die bisher aufgetretenen Auslegungsschwierigkeiten beseitigen.

Absatz 2

Hat der Versicherte gegen seinen Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts, erfüllt aber der Arbeitgeber diesen Anspruch nicht, so muß die Krankenkasse Krankengeld zahlen. Es ist daher gerechtfertigt, den Anspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber insoweit auf die Kasse übergehen zu lassen, wie diese Leistungen erbracht hat.

Zu § 202

Die Vorschrift schließt an § 216 Abs. 3 RVO an. Die Meldefrist wird wieder einheitlich für den gesamten Geltungsbereich des Gesetzes festgelegt. Die Neufassung steht im Zusammenhang mit § 407.

Zu § 203

Wie bei Krankenhauspflege führt auch die sogenannte Aussteuerung mit Krankengeld zu unbilligen Härten. Daher soll die Leistungsdauer des Krankengeldes entsprechend der Regelung für die Krankenhauspflege erweitert werden.

Zu § 204**Absatz 1**

Aus systematischen Gründen wird der Begriff „Hausgeld“ nicht mehr verwendet. Wenn und solange die Krankenkasse Krankenhauspflege oder an deren Stelle Zuschüsse gewährt, erhält der Versicherte ein gekürztes Krankengeld. Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten daher alle sonstigen, das Krankengeld betreffenden Vorschriften. Die Sätze sind gegenüber § 186 RVO angehoben, weil das Krankengeld bei Krankenhauspflege nur etwa entsprechend den häuslichen Ersparnissen gegenüber dem bei ambu-

lanter Behandlung gewährten Krankengeld ermäßigt werden soll. Versicherte, die keine Angehörigen zu versorgen haben, sollen durch das Krankengeld bei Krankenhauspflege so gestellt werden, daß sie die fortlaufenden Ausgaben bestreiten können und ihnen darüber hinaus ein angemessenes Taschengeld verbleibt.

Absatz 2

entspricht inhaltlich § 186 Abs. 1 Satz 4 RVO.

Zu § 205**Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 192 RVO.

Nr. 1

Grundsätzlich soll die Versichertengemeinschaft nicht belastet werden, wenn der Anspruchsberechtigte sich absichtlich eine Krankheit zuzieht oder vorsätzlich gegen die Rechtsordnung verstößt und sich dabei eine Krankheit zuzieht. Wie nach geltendem Recht soll die Versagung aber auch möglich sein, wenn der Anspruchsberechtigte sich fahrlässig an einer Schlägerei beteiligt. Auch wenn der Anspruchsberechtigte fahrlässig infolge Trunkenheit den Straßenverkehr gefährdet und dadurch eine Gemeingefahr herbeiführt, handelt es sich um einen Verstoß gegen die Rechtsordnung, für dessen Folge die Versichertengemeinschaft nicht eintreten kann.

Nr. 2

Der Tatbestand ist gegenüber § 192 Abs. 2 RVO etwas weiter gefaßt, um auch die Fälle zu erfassen, in denen der Anspruchsberechtigte zwar der Vorladung zum Beratungsarzt folgt, aber sich nicht untersuchen läßt. Zur zumutbaren Mitwirkung gehört es auch, daß der Anspruchsberechtigte dem Beratungsarzt Zutritt zur Wohnung zum Zwecke ärztlicher Untersuchung gestattet.

Nr. 3

Bei Übertretung der Krankenordnung hat der Vorstand der Kasse nach geltendem Recht nur die Möglichkeit, eine Strafe festzusetzen (§ 529 RVO). Um bei leichteren Verstößen gegen die Krankenordnung oder bei häufigen Übertretungen der Krankenordnung nicht in jedem Fall eine Strafe verhängen zu müssen, soll es der Kasse ermöglicht werden, derartige Verstöße mit Versagung von Krankengeld zu ahnden.

Absatz 2

Die Vorschrift will vermeiden, daß die Verwaltung denselben Sachverhalt anders beurteilt als das strafrechtliche Entscheidung berufene Gericht. In vielen Fällen wird die Kasse auch nicht in der Lage sein, den strafrechtlichen Gehalt einer Handlung zu beurteilen. Die Kasse hat daher nur die Möglichkeit, das Krankengeld vorläufig bis zu einer Entscheidung über das Strafverfahren zu versagen, wenn der begründete Verdacht besteht, daß einer der in Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c bezeichneten Versagensgründe vorliegt.

Zu § 206*Absatz 1*

Die Vorschrift schließt an § 187 Nr. 2 RVO an. Genesungskuren dienen der Förderung der Gesundheit nach einer überstandenen schweren Krankheit und sollen den Heilerfolg sichern. Im übrigen gelten die gleichen Überlegungen wie bei den Vorsorgekuren.

Absatz 2

Da es sich um eine Leistung handelt, die in die Zuständigkeit mehrerer Versicherungszweige fallen kann, stellt die Vorschrift klar, daß die Krankenversicherung nur subsidiär eintritt.

Zu § 207

Die Begriffe „Wochenhilfe“ und „Wochengeld“ werden dem internationalen Sprachgebrauch entsprechend durch die Begriffe „Mutterschaftshilfe“ und „Mutterschaftsgeld“ ersetzt. Stillgeld ist nicht mehr als besondere Leistung erwähnt, da es in dem Pauschbetrag für die durch die Entbindung entstandenen Aufwendungen aufgegangen ist. Die im § 195a RVO geforderte Vorversicherungszeit soll grundsätzlich entfallen.

Zu § 208*Absätze 1 und 2*

Die Vorschriften schließen an § 195a Abs. 1 Nr. 1 RVO an. Dem Gedanken der Vorsorgehilfe folgend, werden auch während der Schwangerschaft Vorsorgeuntersuchungen gewährt.

Absatz 3

In der Mutterschaftshilfe rechtfertigt sich eine Kostenbeteiligung nicht.

Zu § 209

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 210

Die bisherige Abhängigkeit der Auszahlung des Stillgeldes von regelmäßigen Stillbescheinigungen erfordert einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand. Auch ist es zweifelhaft, ob durch das bisherige Stillgeld die Bereitschaft der Wöchnerinnen zum Stillen des Kindes tatsächlich gefördert wurde und ob die Voraussetzungen für die Ausstellung der Stillbescheinigung tatsächlich in dem erforderlichen Maße geprüft wurden. Diese Überlegungen führten dazu, das Stillgeld nicht mehr an die Voraussetzung des Stillens zu binden. Es soll daher künftig das bisherige Stillgeld durch einen Pauschbetrag abgegolten und mit dem einmaligen Entbindungskostenbeitrag zusammengefaßt werden.

Zu § 211*Absatz 1*

Die Vorschrift ersetzt § 196 RVO. Danach ist die Gewährung der Wöchnerinnenheimpflege dem Ermessen der Krankenkasse überlassen. Nunmehr wird der Versicherten ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Anstaltsentbindung eingeräumt. In der Regel wird bei einer normalen Anstaltsentbindung der notwen-

dige Aufenthalt im Entbindungsheim 10 Tage nicht überschreiten. Die Leistung soll daher auf diese Höchstdauer begrenzt werden.

Nach geltendem Recht wird bei Wöchnerinnenheimpflege das Wochengeld einbehalten. Nunmehr wird der Pauschbetrag bei der Anstaltsentbindung um die Hälfte gekürzt.

Absatz 2

Für die Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt sollen die Vorschriften für Krankenhauspflege über die Wahl der Anstalt und die Gewährung von Zuschüssen an Stelle der Sachleistung entsprechend gelten.

Zu § 212*Absatz 1*

An Stelle des bisherigen Wochengeldes nach der Reichsversicherungsordnung und nach dem Mutterschutzgesetz sieht der Entwurf eine einheitliche Leistung als Ersatz für den Ausfall des Entgelts vor, den die versicherungspflichtig Beschäftigte während der Zeit der Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz erleidet. Das Mutterschaftsgeld soll wie bisher das Wochengeld nach dem Mutterschutzgesetz in Höhe des Nettoarbeitsentgelts gewährt werden. Entsprechend der Regelung nach dem Mutterschutzgesetz erhalten dieses Mutterschaftsgeld über die Vorschrift des § 285 Abs. 2 auch die nach § 9 Mutterschutzgesetz zulässig gekündigten Frauen, die gekündigten Hausgehilfinnen und Tagesmädchen (§ 11 Mutterschutzgesetz) sowie die wegen ihrer Schwangerschaft unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubten Frauen (§ 13 Abs. 7 Mutterschutzgesetz). Für die Berechnung und die Zahlung des Mutterschaftsgeldes sollen die Vorschriften über Berechnung und Zahlung des Krankengeldes gelten. Da für die Berechnung des Krankengeldes der Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung ist und es bei der Entbindung einen entsprechenden Zeitpunkt nicht gibt, muß ausdrücklich der an die Stelle des Beginns der Arbeitsunfähigkeit tretende Zeitpunkt bestimmt werden. Wegen der Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach Werktagen muß der tägliche Mindestbetrag erhöht werden.

Absatz 2

Die für die Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung bisher geforderten Vorversicherungszeiten sollen künftig entfallen. Um jedoch aufgetretene Mängel der Regelung nach dem Mutterschutzgesetz zu beseitigen, sollen die Leistungsvoraussetzungen gegenüber dem geltenden Recht des Mutterschutzgesetzes geändert werden. Es erweist sich vor allen Dingen eine Bestimmung als notwendig, die verhindert, daß Frauen nach Eintritt der Schwangerschaft nur deswegen ein Arbeitsverhältnis eingehen, um in den Genuß der hohen Mutterschaftsleistungen zu kommen. Als Voraussetzung für die Gewährung des Mutterschaftsgeldes wird gefordert, daß zwischen dem 10. und dem 4. Monat einschließlich dieser Monate vor der Entbindung für mindestens 6 Wochen Versicherungspflicht oder ein Arbeitsverhältnis bestanden hat.

Absatz 3

regelt die Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes entsprechend § 13 Abs. 1 und 3 des Mutterschutzgesetzes. Verlängert sich auf Grund eines Irrtums über den Tag der Entbindung die vorgesehene Gesamtbezugsdauer des Mutterschaftsgeldes, so soll die Versicherte hierdurch keinen Vorteil erlangen. Da für sie jedoch die Beschäftigungsverbote gelten, erhält sie für die Zeit, um die sich die bei richtiger Berechnung ergebende Dauer verlängert, Mutterschaftsgeld in Höhe des Betrages, der sonst in der Krankenversicherung als ausreichende Hilfe bei Arbeitsunfähigkeit angesehen wird.

Zu § 213**Absatz 1**

Versicherte, die keine Leistungen nach § 13 Mutterschutzgesetz erhalten, sollen Mutterschaftsgeld für die gleiche Dauer wie die pflichtversicherten Arbeitnehmerinnen als Ersatz für ausgefallenes Einkommen in Höhe des Krankengeldes erhalten. Das Mutterschaftsgeld überschreitet damit in der Regel die bisherigen Sätze des Wochengeldes und stellt eine Verlängerung der Bezugsdauer gegenüber dem geltenden Recht dar. Für die Leistungsvoraussetzungen, die Berechnung und die Zahlung des Mutterschaftsgeldes gilt das zu § 212 Gesagte.

Absatz 2

Aus der Zweckbestimmung des Mutterschaftsgeldes als Ersatz für ausgefallenes Einkommen ergibt sich, daß kein Mutterschaftsgeld gewährt werden kann, wenn die Versicherte im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld hat. Dies gilt für solche freiwillig Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keine Einkommenseinbuße haben, und für Rentnerinnen, deren Rente bei der Entbindung weitergezahlt wird. Es besteht kein Bedürfnis, diesen Personen eine Leistung zu gewähren, die Einkommensausfall ausgleichen soll.

Zu § 214**Absatz 1**

entspricht § 195a Abs. 4 Satz 1 RVO.

Absatz 2

schließt an § 13 Abs. 4 Mutterschutzgesetz an und entspricht § 201.

Absatz 3

entspricht im wesentlichen § 195a Abs. 6 RVO. Für beim Tode der Wöchnerin fällig gewordenen Beträge des Mutterschaftsgeldes sollen wie bisher die erbrechtlichen Vorschriften gelten.

Zu § 215

Nach geltendem Recht erstattet der Bund den Krankenkassen die Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz, soweit sie die Leistungen der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung überschreiten. Es werden Aufwendungen für Versicherte erstattet, die keine Ansprüche auf Wochenhilfe

nach der Reichsversicherungsordnung, sondern nur Ansprüche nach dem Mutterschutzgesetz haben, sowie Aufwendungen, die durch die höheren Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz entstehen. Künftig sollen zwar alle Leistungen der Mutterschaftshilfe als Leistung der Krankenversicherung gewährt werden. Soweit sie jedoch die bisherigen Leistungen der Krankenversicherung übersteigen, werden sie nicht als Versicherungsleistungen, sondern als Versorgungsleistungen angesehen, die aus besonderen gesundheits- und familienpolitischen Erwägungen gewährt werden. Mit diesen Versorgungsleistungen kann die Versichertengemeinschaft nicht belastet werden. Daher soll der Bund an den Aufwendungen der Mutterschaftshilfe beteiligt werden. Der Beteiligungssatz ist so bemessen, daß der Bund etwa mit dem gleichen Betrag belastet wird, den er bisher für die Aufwendungen nach § 13 des Mutterschutzgesetzes zu tragen hat.

Zu § 216**Absatz 1**

Der Entwurf hält im Grundsatz am bisherigen Recht fest. Familienhilfe wird für den Ehegatten und für die Kinder gewährt, sofern sie nicht anderweit einen gesetzlichen Anspruch auf entsprechende Leistungen haben. Wegen der Neuregelung der Unterhaltspflicht durch das Gleichberechtigungsgesetz vom 18. Juni 1957 (BGBl. I S. 609) ist der Tatbestand „unterhaltsberechtigter Ehegatte und unterhaltsberechtigter Kinder“ für die Bestimmung derjenigen Personen, für die dem Versicherten Familienhilfe zusteht, nicht mehr verwendbar. Die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit hat zwar versucht, eine sinnvolle Auslegung dieses Tatbestandes zu finden. Sie ist jedoch zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen. Der Begriff der Unterhaltsberechtigung wird daher nicht mehr verwendet. An seiner Stelle wird gefordert, daß das Erwerbseinkommen des Ehegatten 330 DM nicht übersteigt. Hierdurch soll verhindert werden, daß für Ehegatten Familienhilfe gewährt wird, die selbst ein zum Unterhalt ausreichendes Erwerbseinkommen beziehen. Diese Personen können selbst für den Krankheitsfall Vorsorge treffen. Da die Unterhaltsberechtigung der Kinder sich im gleichen Umfang gegen beide Elternteile richtet, muß eine ähnliche Regelung wie für den Ehegatten vorgesehen werden. Man kann davon ausgehen, daß ein Bedürfnis nach Familienhilfe für Kinder dann nicht besteht, wenn ein Ehegatte nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und ein über der Versicherungspflichtgrenze liegendes Einkommen bezieht. Sofern beide Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, besteht Anspruch auf Familienhilfe für die Kinder. Doppelansprüche sind in diesen Fällen durch § 225 Abs. 2 ausgeschlossen.

Absätze 2 und 3

Der Kinderbegriff ist, soweit es gerechtfertigt ist, dem der Rentenversicherung angeglichen. Abweichungen bei Stief- und Pflegekindern ergeben sich daraus, daß es in der Krankenversicherung darauf ankommt, ob der Versicherte für den Unterhalt der Stief- und Pflegekinder überwiegend sorgt. Für Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres und,

wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, soll ein Rechtsanspruch auf Familienhilfe bestehen, ohne daß es dafür einer Satzungsbestimmung bedarf. Für Kinder, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, soll es weiterhin der Satzung überlassen bleiben, bis zu welchem Lebensalter Familienhilfe gewährt wird. Die nach geltendem Recht bestehende Voraussetzung, daß die Familienhilfe nur dann gewährt wird, wenn Ehegatten und Kinder sich gewöhnlich im Inland aufhalten, wird fallen gelassen. Die Familienhilfe soll dem Versicherten, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, immer gewährt werden, solange sich die Familienangehörigen im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten. Über die Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt der Familienangehörigen bestimmen die §§ 227 ff.

Absatz 4

Soweit für sonstige Angehörige, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden, ein Bedürfnis besteht, sie in die Familienhilfe einzubeziehen, soll wie bisher der Satzung diese Möglichkeit überlassen bleiben. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird aber Familienhilfe für sonstige Angehörige nur dann gewährt, wenn der Versicherte die Erstreckung seiner Versicherung auf diese Angehörigen beantragt hat. Da durch die Einbeziehung sonstiger Angehöriger in die Familienhilfe der Solidarausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung in nicht gerechtfertigter Weise ausgeweitet wird, sollen diesen Angehörigen nur Leistungen gegen versicherungsgerechte Zusatzbeiträge gewährt werden. Das Nähere über die Höhe der Beiträge und über Wartezeiten zu bestimmen, bleibt der Satzung überlassen.

Zu § 217

Absätze 1 und 2

Im Interesse einer umfassenden Krankheitsfürsorge auch für Angehörige sollen künftig die Sachleistungen der Familienhilfe grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Umfang wie für Versicherte gewährt werden.

Absatz 3

Sofern die den Haushalt versorgende Person — das wird in der Regel die Ehefrau sein — krank wird, entbindet oder sich einer Kur unterziehen muß, ergeben sich vielfach Schwierigkeiten für den Familienhaushalt, wenn nicht durch Verwandtschafts- oder Nachbarschaftshilfe der Haushalt versorgt werden kann. Häufig konnten notwendige Genesungs- oder Heilmaßnahmen nicht durchgeführt werden. Dieser Mangel soll künftig dadurch beseitigt werden, daß die Kasse dem Versicherten zu den Kosten einer notwendigen Hauspflege einen Zuschuß gewähren kann. Voraussetzung ist, daß im Haushalt des Versicherten noch ein dem schulpflichtigen Alter nicht entwachsenes Kind oder ein pflegebedürftiger Familienangehöriger lebt. Die vorgesehene Leistung soll jedoch nur dann eintreten, wenn nicht durch Verwandtschafts- oder Nachbarschaftshilfe die Weiterführung des Haushalts sichergestellt werden kann.

Im übrigen gelten für diese Leistung ähnliche Überlegungen wie bei der häuslichen Krankenpflege.

Zu § 218

Absatz 1

Auch für die Angehörigen soll künftig Vorsorgehilfe gewährt werden. Bei Vorsorgekuren kann jedoch nicht darauf abgestellt werden, daß in absehbarer Zeit Arbeitsunfähigkeit zu befürchten ist, weil die Angehörigen in der Regel keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Daher wird darauf abgestellt, ob der Angehörige seine bisherige Tätigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr ausüben kann. Dabei ist insbesondere an die Hausfrau gedacht, wenn deren Gesundheitszustand befürchten läßt, daß sie ihre bisherige Tätigkeit im Haushalt nicht mehr ausüben kann. Bei Kindern kann die Vorsorgekur gewährt werden, wenn diese zur Behebung von Entwicklungsstörungen angezeigt erscheint. Dadurch sind den Kassen hinreichende Möglichkeiten gegeben, bei Kindern in sinnvollem Umfang Vorsorgekuren zu gewähren.

Absatz 2

Da die Angehörigen während der Krankheit und bei Mutterschaft keinen Einkommensausfall erleiden, entfällt bei der Familienhilfe Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Dies ergibt sich für das Krankengeld aus § 217 Abs. 1, für das Mutterschaftsgeld aus dieser Vorschrift.

Absatz 3

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Leistungen der Familienhilfe ohne Zusatzbeiträge gewährt. Es besteht ein umfassender Solidarausgleich zwischen den Versicherten ohne Kinder und den kinderreichen Versicherten. Da künftig für die Angehörigen die Leistungen im gleichen Umfang wie für Versicherte gewährt werden, sollen sie auch grundsätzlich wie die Versicherten an den Kosten der Krankenhilfe beteiligt werden. Da aber nicht die Angehörigen, sondern die Versicherten Mitglieder der Krankenversicherung sind, muß diesen die Verpflichtung zur Kostenbeteiligung auferlegt werden. Um in kinderreichen Familien bei gleichzeitiger Erkrankung mehrerer Kinder keine unzumutbaren Belastungen eintreten zu lassen, soll von der Erhebung einer Zuzahlung bei der ärztlichen Behandlung von Kindern abgesehen werden. Bei der Krankenhauspflge von Angehörigen werden die im Haushalt entstehenden Ersparnisse meist geringer sein. Dies soll dadurch berücksichtigt werden, daß bei Krankenhauspflge von Angehörigen nur die Hälfte der für Versicherte geltenden Beträge zu zahlen ist.

Zu § 219

Absatz 1

Das nach geltendem Recht gewährte Mindeststerbegeld und das Sterbegeld für Versicherte mit niedrigem Grundlohn reicht in der Regel nicht aus, die Bestattungskosten zu decken. Daher sieht der Entwurf ein Mindeststerbegeld in Höhe von 400 DM vor. Im übrigen soll das Sterbegeld in Höhe des

letzten Monateinkommens gewährt werden. Das entspricht dem 30fachen des Grundlohns und übertrifft die bisherige Regelleistung beträchtlich. Darüber hinaus soll die Möglichkeit bestehen, daß die Satzung das Sterbegeld als Mehrleistung bis zum 1 $\frac{1}{2}$ -fachen der Beitragsbemessungsgrenze, das dem 45fachen des höchsten Grundlohnes entspricht, erhöhen kann.

Absatz 2

entspricht im wesentlichen § 203 RVO.

Absatz 3

Nach geltendem Recht wird beim Tode eines Unfallverletzten, der vor seinem Tode in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war, Sterbegeld von der Krankenkasse gezahlt, die nach § 1508 RVO einen Erstattungsanspruch gegen den Träger der Unfallversicherung hat. Der Träger der Unfallversicherung kann die Leistung der Krankenversicherung auf das von ihm zu gewährende Sterbegeld anrechnen. Zur klaren Abgrenzung der Risiken beider Versicherungszweige soll künftig das Sterbegeld aus der Krankenversicherung entfallen, soweit Sterbegeld von einem Träger der Unfallversicherung gewährt wird. Es soll also von der Krankenkasse nur insoweit Sterbegeld gezahlt werden, als das Sterbegeld aus der Krankenversicherung höher ist als das Sterbegeld aus der Unfallversicherung. Der Erstattungsanspruch nach § 1508 RVO kann entfallen.

Zu § 220

Die Vorschrift schließt an § 205b RVO an und stellt auf die Voraussetzungen der Gewährung von Familienhilfe ab. Hierdurch wird die bisher mögliche kumulative Gewährung von Sterbegeld und Familiensterbegeld ausgeschlossen. Der Doppelbezug von Familiensterbegeld wird durch § 225 Abs. 2 ausgeschlossen.

Da beim Tode von Kindern die Aufwendungen für die Bestattung geringer sind als beim Tode von Erwachsenen, sieht der Entwurf vor, daß das Sterbegeld für Kinder die Hälfte des Sterbegeldes für Erwachsene beträgt.

Zu § 221

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 206, 207 und 310 Abs. 2 RVO). Im Interesse einer einheitlichen Handhabung bei allen Kassen wird die Wartezeit für Leistungen der Versicherungsberechtigten im Gesetz festgelegt. § 209 RVO ist entbehrlich, da für die Leistungsgewährung keine Vorversicherungszeiten mehr gefordert werden.

Zu § 222

Die Vorschrift schließt an § 210 RVO an.

Zu § 223

Die Vorschrift entspricht § 211 RVO.

Zu § 224

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 212 Abs. 1 RVO. Sie erhält zur Klarstellung eine neue Fassung und bestimmt ausdrücklich, wie bei einmaligen Leistungen zu verfahren ist.

§ 212 Abs. 2 RVO ist seit der Aufhebung des § 208 RVO obsolet.

Zu § 225**Absatz 1**

ist notwendig, weil Krankenhauspflege nicht mehr Ersatzleistung für Krankengeld ist.

Absatz 2

Die Vorschrift soll Doppelansprüche auf Familienhilfe und auf Sterbegeld ausschließen. Sie entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht.

Zu § 226**Absätze 1 und 2**

Die Vorschrift schließt an § 215 RVO an. Da Krankengeld Lohnersatzfunktion hat, kann diese Leistung freiwillig Versicherten nur dann gewährt werden, wenn sie bei Arbeitsunfähigkeit einen Einkommensausfall haben. Freiwillig Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit haben, zahlen gekürzte Beiträge. Daher müssen die freiwillig Versicherten bei Beginn der Versicherung eine entsprechende Erklärung abgeben.

Eine Wartezeit ist dann notwendig, wenn der freiwillig Versicherte erst im Laufe des Versicherungsverhältnisses seine Versicherung auf Krankengeld erstrecken will.

Absatz 3

Vielfach werden freiwillig Versicherte, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, für eine vorübergehende Zeit durch die Weiterführung des Geschäftes wirtschaftlich gesichert sein. Sie sollen so behandelt werden wie versicherte Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit Entgelt fortgezahlt erhalten. Der Satzung soll es überlassen bleiben, eine entsprechende Ruhensvorschrift vorzusehen.

Zu § 227

Die Vorschrift schließt an §§ 209a und 216 Abs. 1 und 2 RVO an.

Absatz 1**Nr. 1**

Diese Vorschrift stellt klar, daß die Leistungen der Versicherung ruhen, wenn die Erbringung der Leistungen wegen des Aufenthaltes des Versicherten außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes unmöglich wird. Über die Leistungsgewährung bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes bestimmen die folgenden Paragraphen.

Nr. 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Nr. 3

Als Tatbestand für das Ruhen der Leistungen ist die Unterbringung in einer Fürsorgeerziehungsanstalt fortgelassen worden, weil Maßnahmen der Fürsorgeerziehung ein Arbeitsverhältnis im versicherungsrechtlichen Sinne nicht mehr ausschließen.

Nr. 4

Die Vorschrift wird auf alle Versicherten ausgedehnt, weil der Tatbestand auch für die Versicherten, die nicht Rentenbezieher sind, zutreffen kann und die Leistungsgewährung durch die Krankenkasse sich erübrigt, wenn im Rahmen der Betreuung in der Anstalt Krankenpflege gewährt wird.

Nr. 5

Die Leistungen der Versicherung sollen ruhen, wenn die Unterbringung des Versicherten in einem Krankenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt aus übergeordneten Gesichtspunkten des öffentlichen Interesses durch richterliche Entscheidung verfügt wird.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 3

Aus rechtssystematischen Gründen wird das Ruhen der Leistungen der Familienhilfe in dieser Vorschrift gesondert geregelt.

Zu § 228**Absätze 1 bis 3**

Hält sich der Versicherte oder ein Angehöriger, für den ihm Familienhilfe zusteht, außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes auf, so kann die Kasse Sachleistungen nicht gewähren. Bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland scheint es aber nicht gerechtfertigt, jeglichen Versicherungsschutz zu versagen. Es soll dem Versicherten wenigstens ein Ersatz für die unmöglich gewordene Leistung gewährt werden. Die Ersatzleistung besteht darin, daß für die Krankenpflege und für Krankenhauspflege die Kosten ersetzt werden, die im Inland entstanden wären. Da die Krankenkasse keine Möglichkeiten hat, die Voraussetzungen für die Gewährung von Krankengeld im Ausland zu prüfen, soll für den Regelfall Krankengeld bei Aufenthalt im Ausland nicht gewährt werden. Sofern die Krankenkasse es in besonderen Fällen für angezeigt hält oder der Versicherte mit ihrer Zustimmung nach Eintritt des Versicherungsfalles den Geltungsbereich dieses Gesetzes verläßt, soll sie die Möglichkeit haben, Krankengeld zu gewähren.

Absatz 4

Bei Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes können die deutschen Auslandsvertretungen dem Versicherten die für Krankenhilfe notwendigen Kosten vorschußweise aus amtlichen Mitteln zur Verfügung stellen. Sofern dies geschieht, soll der Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse auf den Bund übergehen.

Zu § 229

Die Vorschrift entspricht § 218 RVO und regelt das Notwendige für die Mutterschaftshilfe, wenn sich die Versicherte oder Angehörige von Versicherten nach Eintritt der Schwangerschaft vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

Zu § 230**Absatz 1**

Die Vorschrift entspricht § 221 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift schließt an § 222 RVO an. An Stelle der Pauschalabgeltung sollen künftig die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Betrages erstattet werden, der für die Krankenhilfe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. Schwierigkeiten können sich hieraus nicht ergeben, da bei der ärztlichen Behandlung die Einzelleistungshonorierung vorgesehen ist.

Vorschriften über Leistungsaushilfe bei Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirkes sind nicht mehr vorgesehen, da die Honorierung nach Einzelleistungen bei der ärztlichen Behandlung diese Vorschriften entbehrlich macht. Der Versicherte ist jederzeit in der Lage, die Leistungen bei seiner Krankenkasse schriftlich zu beantragen. In besonderen Fällen kann er den Antrag auch bei jeder Kasse seines Aufenthaltsortes stellen. Die angegangene Kasse wird dann im Wege der Amtshilfe für die zuständige Kasse tätig. Andererseits kann die zuständige Kasse mit der Leistungsgewährung eine örtliche Kasse beauftragen, ohne daß es dafür einer besonderen Vorschrift bedarf.

Zu § 231**Absatz 1**

Die Vorschrift ist neu; sie dient der Klarstellung.

Absatz 2

Die Vorschrift ersetzt § 214 RVO. Sie soll für alle Versicherten gelten, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Es kommt nicht darauf an, warum das Arbeitsverhältnis beendet wird. Die bisher vorgesehenen Vorversicherungszeiten werden künftig nicht mehr gefordert. Die Gewährung von Leistungen wird auf die Dauer von 3 Wochen nach dem Ausscheiden begrenzt, weil die in Betracht kommenden Personen sich innerhalb dieser Frist freiwillig weiterversichern können. Die Bestimmung des letzten Satzes stellt den Übergang in die Versicherung während der Arbeitslosigkeit her.

Zu § 232

Die Vorschrift entspricht § 213 RVO. Die Neufassung des zweiten Halbsatzes dient der Klarstellung.

Zu § 233

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 223 RVO. Zur Klarstellung wird Absatz 2 den bürgerlich-rechtlichen Aufrechnungsvorschriften angepaßt.

Absatz 3

Die Vorschrift erweitert die Aufrechnungsmöglichkeit auf alle Sozialversicherungsbeiträge, die die Krankenkasse einzuziehen hat. Diese Erweiterung ist wegen des gemeinsamen Beitragseinzuges durch die Krankenkasse notwendig.

Zu § 234

Der Entwurf hält an der gegliederten Krankenversicherung fest, die sich nach überwiegender Auffassung in der Vergangenheit bewährt hat. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind wie bisher

- die Ortskrankenkassen,
- die Landkrankenkassen,
- die Betriebskrankenkassen,
- die Innungskrankenkassen.

Neu aufgenommen werden in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO)

- die Ersatzkassen,
- die See-Krankenkasse und
- die Knappschaften.

Hinsichtlich der Ersatzkassen wird damit eine Entwicklung abgeschlossen, die durch das Aufbaugesetz und die Zwölfte und Fünfzehnte Aufbauverordnung vom 24. Dezember 1935 und 1. April 1937 (RGBl. 1935 I S. 1537 und 1937 I S. 439) eingeleitet worden ist. Durch diese Vorschriften wurden die Ersatzkassen im wesentlichen in die Reichsversicherungsordnung eingegliedert und damit Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Die See-Krankenversicherung wird nach geltendem Recht von der Seekasse in einer besonderen Abteilung unter dem Namen „See-Krankenkasse“ durchgeführt (vgl. §§ 476 ff. RVO). Auch die See-Krankenkasse soll nach dem Entwurf künftig gesetzliche Krankenkasse sein. Schließlich führt der Katalog entsprechend dem jetzigen Rechtszustand auch die Knappschaften als Träger der Krankenversicherung auf.

Über die Rechtsnatur der Träger der Krankenversicherung braucht eine besondere Bestimmung nicht getroffen zu werden. Der Entwurf geht von der Rechtslage aus, wie sie zur Zeit besteht. Hiernach ist unbestritten, daß die Träger der Krankenversicherung, obwohl § 4 RVO dies nicht ausdrücklich bestimmt, Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, wie das für die Ersatzkassen in Artikel 2 § 2 Abs. 1 der Fünfzehnten Aufbauverordnung ausdrücklich bestimmt werden mußte.

Zu § 235

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 226 RVO. Da „besondere Ortskrankenkassen“ künftig nicht mehr vorgesehen sind, kann die Hinzufügung „Allgemeine“ bei den Ortskrankenkassen unterbleiben.

Der Entwurf geht davon aus, daß in der Bundesrepublik ein Netz von Ortskrankenkassen bestehen soll, das lückenlos das gesamte Bundesgebiet überzieht. In der Regel soll für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise eine Ortskrankenkasse bestehen. Diese Abgrenzung kann jedoch verwaltungsmäßig und organisatorisch unzweckmäßig sein. Erfahrungsgemäß ist für jede Krankenkasse eine bestimmte

Größe für Verwaltung und Organisation optimal. Eine Entscheidung darüber, wie groß der Bezirk einer Ortskrankenkasse sein soll, kann im Einzelfall nur von der Stelle getroffen werden, die die örtlichen Verhältnisse kennt. Das ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. In Absatz 3 ist daher vorgesehen, daß diese Behörde die Errichtung nur einer Ortskrankenkasse für die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise anordnen kann. Um die jeweilige Größe einer Ortskrankenkasse den Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen (z. B. Änderung der Bevölkerungsstruktur, Änderung der unteren Verwaltungsbezirke, Änderung in der Wirtschaftsstruktur und der Bevölkerungsbewegung vom Land zu den Städten und umgekehrt) anpassen zu können, ist die Änderung oder der Widerruf einer solchen Anordnung vorgesehen. Auf diese Weise wird künftig auch die Teilung sogenannter Mammutkassen möglich sein, soweit sie ihrer Größe nach die optimalen Grenzen überschritten haben. Wegen der Bedeutung einer solchen Entscheidung sieht der Entwurf eine Delegation der Ermächtigung von der obersten Verwaltungsbehörde auf eine „beauftragte Stelle“ nicht vor.

Aus der Bestimmung des Absatz 3 ergibt sich zugleich, daß Ortskrankenkassen keine bundesunmittelbaren, sondern in aller Regel landesunmittelbare Versicherungsträger sind. Zur Zeit besteht eine bundesunmittelbare Ortskrankenkasse („Bremerhaven und Wesermünde“).

Zu § 236

Wie nach geltendem Recht (§ 231 RVO), ist die Errichtung von Ortskrankenkassen der Initiative des Gemeindeverbandes oder der beteiligten Gemeindeverbände überlassen.

Absatz 2

sieht eine Ersatzvornahme durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes vor, wenn eine Ortskrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet wird. Eine solche Bestimmung ist im Interesse einer geordneten Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung schon mit Rücksicht auf die grundsätzliche Zuständigkeit der Ortskrankenkassen (§ 270) notwendig. Anders als nach geltendem Recht (§ 232 RVO) ordnet jedoch die zuständige Behörde nicht die Errichtung an, sondern errichtet selbst die Kasse. Das entspricht dem Wesen der Ersatzvornahme und stellt sicher, daß eine Ortskrankenkasse ohne nachteilige Verzögerung für die Versicherten ins Leben tritt.

Zu § 237

Die Errichtung von Ortskrankenkassen ist zwingend vorgeschrieben. Für jeden Bezirk muß daher eine Ortskrankenkasse bestehen (vgl. Artikel 3 § 13). Eine Auflösung von Ortskrankenkassen ist nicht möglich und auch im Entwurf nicht vorgesehen. Gleichwohl können Ortskrankenkassen in Schwierigkeiten geraten, weil der zu versorgende Personenkreis mit seinen Beiträgen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kasse nicht sichern kann, selbst wenn ein Beitrag in Höhe von 12 v. H. der

Beitragsbemessungsgrundlage erhoben werden würde. Um die Leistungsfähigkeit zu sichern und die in § 329 Abs. 2 vorgesehenen Maßnahmen abzuwenden, soll daher eine Vereinigung mit einer anderen, leistungsfähigeren Ortskrankenkasse möglich sein. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit stellt der Entwurf auf den subjektiven Eindruck der diesen Tatbestand prüfenden Behörde ab.

Zu § 238

Die Aufrechterhaltung der Landkrankenkassen als besondere Kassenart erscheint wegen der Eigenart der für diese Kassen in Betracht kommenden versicherten Personen geboten. Die Landkrankenkassen sollen wie die Ortskrankenkassen Bezirkskrankenkassen sein. Sie werden für örtliche Bezirke errichtet und werden innerhalb dieser Bezirke tätig. Wegen der unterschiedlichen örtlichen Verhältnisse wäre es jedoch unzweckmäßig, für bestimmte Bezirke die Errichtung einer Landkrankenkasse gesetzlich vorzuschreiben. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes soll deshalb anordnen können, für welche Bezirke Landkrankenkassen zu errichten sind, welche Bezirke für eine Landkrankenkasse zusammenzufassen sind bzw. ob die Errichtung für gewisse Bezirke völlig unterbleiben kann.

Zu § 239

Für die Errichtung von Landkrankenkassen gelten die gleichen Grundsätze, wie sie in § 236 niedergelegt sind.

Zu § 240

Zu den Gründen, die bei Ortskrankenkassen eine Vereinigung zur Folge haben (§ 237), tritt bei Landkrankenkassen der in Abs. 1 Nr. 1 beschriebene Fall des Absinkens der Mitgliederzahl hinzu. Eine geringere Zahl als 1000 Mitglieder birgt bei einer Bezirkskasse die Gefahr in sich, daß die Leistungsfähigkeit nicht erhalten bleibt. Außerdem erscheint bei einer geringeren Mitgliederzahl als 1000 ein Bedürfnis für das Weiterbestehen einer besonderen Bezirkskasse nicht gegeben.

Ist eine Vereinigung nicht möglich, weil z. B. eine Landkrankenkasse nicht besteht, mit der die notleidende Landkrankenkasse vereinigt werden könnte, wird die Kasse geschlossen. Im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen besteht kein zwingendes Bedürfnis für die Erhaltung der Landkrankenkasse. Wegen der Bedeutung der Bezirkskassen für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint es notwendig und zweckmäßig, die Vereinigung durch die zuständige oberste Verwaltungsbehörde anordnen zu lassen.

Zu § 241

Betriebskrankenkassen können nach dem Entwurf auch weiterhin neu errichtet werden.

Absatz 1

entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 245 Abs. 1, §§ 246, 247 RVO). Für die Errichtung

landwirtschaftlicher Betriebskrankenkassen oder Binnenschiffahrts-Betriebskrankenkassen ist eine geringere Mindestzahl nicht mehr vorgesehen. Diese Kassen können daher unter den gleichen Voraussetzungen errichtet werden wie die gewerblichen Betriebskrankenkassen. Damit entfällt auch die Notwendigkeit, § 249a der Reichsversicherungsordnung beizubehalten, der ohnedies im Widerspruch zu § 245 Abs. 1 Satz 1 und 2 RVO steht.

Absatz 2

entspricht sachlich dem § 245 Abs. 1 Satz 3 RVO. Die Neufassung der Vorschrift trägt dem föderalistischen Aufbau der Bundesrepublik Rechnung. Absatz 2 bringt zugleich eine Neuerung insoweit, als künftig die Errichtung einer Betriebskrankenkasse auch für Betriebe verschiedener Arbeitgeber zugelassen werden kann, wenn diese Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden. Die Rechtssicherheit erfordert es grundsätzlich bei Errichtung von Betriebskrankenkassen, auf die juristische Einheit des Arbeitgebers abzustellen. Hieraus können aber im Einzelfall unzweckmäßige Ergebnisse entstehen, wenn verschiedenartige Rechtsformen, unter der zwei Betriebe stehen, auf betrieblichen Zweckmäßigkeitserwägungen beruhen. Die Verflechtung auf organisatorischem und wirtschaftlichem Gebiet solcher Betriebe kann es angezeigt erscheinen lassen, hierfür eine gemeinsame Betriebskrankenkasse zu errichten. Da die Vorschrift als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen ist, gewährleistet sie, daß die allgemeinen Errichtungsvorschriften nicht umgangen werden können.

Absatz 3

entspricht sachlich dem § 362 Abs. 1 RVO.

Absatz 4

entspricht sachlich dem § 245 Abs. 2 RVO.

Absatz 5

enthält ein Errichtungsverbot für Betriebskrankenkassen. Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 248 RVO. Diese Bestimmung hat insbesondere wegen des unbestimmten Begriffs der Erhaltung der Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen häufig zu Schwierigkeiten im Errichtungsverfahren geführt. An die Stelle dieses unbestimmten Begriffes tritt nunmehr das Erfordernis, daß durch die Errichtung der Betriebskrankenkasse die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen nicht unter 5000 sinken darf.

Absatz 6

entspricht sachlich dem § 273 Abs. 1 Nr. 2 RVO. Der Vorschrift des § 248 Nr. 2 RVO bedarf es künftig wegen des gesetzlich für alle Kassen vorgeschriebenen Leistungsumfangs nicht mehr.

Ebenso ist die Vorschrift des § 249 RVO entbehrlich, da von der dort beschriebenen Befugnis erfahrungsgemäß kaum Gebrauch gemacht wurde. Sie entspricht außerdem nicht mehr den Gegebenheiten der modernen Bauwirtschaft.

Zu § 242*Absatz 1*

entspricht dem geltenden Recht (§ 270 RVO).

Absatz 2

berücksichtigt die in § 241 Abs. 2 vorgesehene Neuregelung.

Zu § 243

Es erscheint folgerichtig, neben der Errichtung und der Vereinigung von Betriebskrankenkassen auch die Erstreckung einer Betriebskrankenkasse auf weitere Betriebe desselben oder verschiedener Arbeitgeber gesetzlich vorzusehen, wenn der Arbeitgeber oder die beteiligten Arbeitgeber dies verlangen. Der Vorgang der Erstreckung entspricht weitgehend dem der Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse. Daher ist auf die entsprechenden Errichtungsvorschriften verwiesen.

Zu § 244*Absatz 1*

entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Das Ausscheiden eines Betriebes aus einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse ist schon nach geltendem Recht durch Satzungsänderung möglich. Der Entwurf bindet über das geltende Recht hinaus das Ausscheiden an die Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Diese Zustimmung kann verweigert werden, wenn durch das Ausscheiden die Mitgliederzahl der Betriebskrankenkasse unter 450 sinkt, oder wenn das Ausscheiden vorwiegend deswegen beschlossen wird, weil bei dem ausscheidenden Betrieb die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als bei den übrigen Betrieben. Hierdurch soll verhindert werden, daß eine Betriebskrankenkasse einen Betrieb mit besonders schlechtem Risiko ausscheidet, um ihn der Ortskrankenkasse anzulasten. Eine Mindestzahl von 450 Mitgliedern erscheint erforderlich, um die Leistungsfähigkeit einer Betriebskrankenkasse zu gewährleisten.

§ 271 RVO erscheint sachlich entbehrlich.

Zu § 245

Anders als das geltende Recht (§ 272 RVO) schreibt der Entwurf die Auflösung einer Betriebskrankenkasse zwingend vor, wenn die Vertreterversammlung das beantragt. Für eine Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde besteht insoweit kein Bedürfnis mehr. Ein besonderer Antrag des Arbeitgebers, wie er nach geltendem Recht erforderlich ist, erscheint entbehrlich, da der an die Aufsichtsbehörde gerichtete Antrag der Vertreterversammlung notwendigerweise einen Beschluß der Vertreterversammlung voraussetzt, an dem der Arbeitgeber bereits mitgewirkt hat.

Zu § 246

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 273 RVO. In Absatz 1 Nr. 3 bedarf es einer Erwähnung der „zuge-

lassenen“ Betriebskrankenkassen (§ 255 RVO) nicht, da der Entwurf solche **Kassen nicht mehr vorsieht**.

Der Auflockerung der Errichtungsvorschriften entspricht es andererseits — anders als nach geltendem Recht —, die Schließung einer Betriebskrankenkasse vorzusehen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres unter 150 sinkt. Wegen der z. Z. bestehenden Betriebskrankenkassen mit geringerem Mitgliederstand ist in den Übergangsvorschriften eine Ausnahmeregelung vorgesehen.

Zu § 247

Die §§ 247 bis 251 entsprechen inhaltlich weitgehend dem geltenden Recht (§ 250 Abs. 1 und § 251 RVO). Sie sind in ihrer Terminologie der Neuregelung des Handwerksrechts nach der Handwerksordnung vom 17. September 1953 (BGBl. I S. 1411) und, soweit nicht strukturelle Eigenarten Abweichungen verlangen, den Vorschriften für die Betriebskrankenkassen angepaßt, so daß auf die dort gebrachten Ausführungen verwiesen werden kann.

Absatz 3

ermöglicht den Anschluß einer Innung an eine bestehende Innungskrankenkasse, dessen Zulässigkeit nach geltendem Recht zweifelhaft ist. Der Entwurf folgt damit einer Rechtsentwicklung, wie sie durch die Urteile des Bundessozialgerichts vom 29. April 1958 (3 RK 50/56 und 9/57) eingeleitet wurde.

Zu § 248

Die Vorschrift entspricht unter Berücksichtigung der Neuregelung des Handwerksrechts im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 276 RVO).

Zu § 249

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Rechtszustand, der allerdings im Gesetz nicht ausdrücklich **normiert ist**; vgl. auch Begründung zu § 244 Abs. 2.

Zu § 250

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 278 RVO.

Zu § 251

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 279 RVO.

Zu § 252*Absatz 1*

Der Entwurf geht bei der Regelung des Ersatzkassenrechts davon aus, daß diese Kassen voll in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen werden. Die für diese Kassen geltenden Bestimmungen schließen daher unmittelbar an die Vorschriften für die anderen gesetzlichen Krankenkassen an. Die nach geltendem Recht vorgesehene entsprechende Anwendung von Vorschriften des Gesetzes über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen und Bausparkassen vom 6. Juni 1931 (RGBl. I S. 315) in der Fassung vom 5. März 1937 (RGBl. I S. 269) entfällt. Eine Neuerrichtung von Er-

satzkassen ist wie schon nach geltendem Recht nicht zulässig, weil ein Bedürfnis hierfür nicht bejaht werden kann. Die bestehenden Ersatzkassen sollen jedoch erhalten bleiben, soweit sie bei Inkrafttreten der im Entwurf vorgesehenen Regelung „tätig“ sind. Damit wird klargestellt, daß Ersatzkassen, die de facto seit 1945 stillgelegt sind, wie z. B. die Sudetendeutsche Angestelltenersatzkasse, nicht mehr zu den Ersatzkassen zählen.

Absätze 2 und 3

Hinsichtlich des Mitgliederkreises verbleibt es grundsätzlich bei dem Stand, wie er durch die bei Inkrafttreten der vorgesehenen Regelung geltenden Satzungen festgelegt ist. Die Entwicklung auf wirtschaftlichem Gebiet bringt es aber mit sich, daß sich Berufsbilder wandeln oder durch ähnliche Berufsbilder abgelöst werden. Außerdem kann der Bezirk einer Ersatzkasse den tatsächlichen Verhältnissen dann nicht mehr entsprechen, wenn Mitglieder infolge der wirtschaftlichen Entwicklung abwandern. Diesen möglichen Veränderungen soll dadurch Rechnung getragen werden, daß eine Änderung des Mitgliederkreises und des Bezirkes einer Ersatzkasse zugelassen werden kann. Um den Bedürfnissen der Praxis schnell entsprechen zu können, soll eine solche Änderung im Wege einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates zugelassen werden.

Absatz 4

Anders als bei den übrigen gesetzlichen Krankenkassen ist die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse auch bei versicherungspflichtigen Mitgliedern vom freien Willen der Betroffenen abhängig. Da mithin die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse nicht kraft Gesetzes eintritt, bedürfen die Ersatzkassen zur laufenden Ergänzung ihres Mitgliederkreises der Werbung. Unter Anerkennung dieses Bedürfnisses wird aber mit Rücksicht auf die Stellung der Ersatzkassen als öffentlichrechtliche Versicherungsträger vorgeschrieben, daß diese Werbung nicht den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen darf.

Zu § 253

Ebenso wie Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen sind auch Ersatzkassen auf Antrag ihrer Vertreterversammlungen aufzulösen. Eine Vereinigung sieht der Entwurf nicht vor. Hierzu besteht vor allem mit Rücksicht auf die im § 252 Abs. 3 vorgesehene Möglichkeit kein Bedürfnis.

Zu § 254

Die Vorschrift bestimmt erschöpfend, unter welchen Voraussetzungen eine Ersatzkasse von Amts wegen geschlossen wird. Da bei einer Ersatzkasse ein Garantieträger nicht vorhanden ist, erscheint es erforderlich, die Mindestzahl der Mitglieder höher festzulegen als bei Betriebs- und Innungskrankenkassen. Der Entwurf hält einen geringeren Mitgliederstand als 1000 nicht mehr für ausreichend.

Der in Nr. 2 genannte im Interesse einer ordnungsmäßigen Versorgung der Versicherten liegende

Schließungsgrund entspricht dem in § 251 Nr. 4, § 246 Nr. 6 und § 240 Abs. 2 genannten. Eine besondere Regelung für den Fall des Konkurs einer Ersatzkasse erscheint entbehrlich, da jeder Sozialversicherungsträger konkursfähig ist. Es gelten daher auch insoweit die Vorschriften der Konkursordnung. Ebenso besteht kein Bedürfnis, die Liquidation einer Ersatzkasse abweichend von den Vorschriften zu regeln, die im Entwurf für die Liquidation der übrigen Kassen vorgesehen sind (§§ 267, 268).

Zu § 255

Nach geltendem Recht ist die See-Krankenkasse eine Abteilung der Seekasse (§ 476 RVO). Die See-Krankenkasse soll künftig ebenso wie die Seekasse eine selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts bei Organidentität mit den Organen der Seekasse werden. Die Geschäftsführung der Seekasse soll zugleich auch die Geschäfte der See-Krankenkasse führen. Damit wird ein auf einem anderen Gebiet bereits bestehender Rechtszustand berücksichtigt (vgl. § 18 des Kindergeldgesetzes vom 13. November 1954; BGBl. I S. 333).

Einer besonderen Vorschrift über die Leistungshilfe der Ortskrankenkassen für die See-Krankenkasse, wie sie das geltende Recht in den §§ 483 bis 486 RVO vorsieht, bedarf es nicht, da hierüber die allgemeinen Vorschriften über die Amtshilfe ausreichen. Einzelheiten können vertraglich mit den Verbänden der Krankenkassen geregelt werden.

Zu § 256

Die Vorschrift bezeichnet ausdrücklich auch die Knappschaften als Träger der Krankenversicherung. Dies soll sicherstellen, daß Versicherungszeiten, die bei der knappschaftlichen Krankenversicherung zurückgelegt wurden, auch nach dem Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (vgl. § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6) berücksichtigt werden.

Zu § 257

Die §§ 257 bis 260 regeln das Verfahren bei Errichtung, die Vorschrift des § 261 das Verfahren bei Vereinigung und die Vorschriften der §§ 262 bis 269 das Verfahren bei Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen.

Absatz 1

Wie bisher ist die Initiative bei der Errichtung von Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen den Gemeinden oder Landkreisen überlassen. Wegen der Abgrenzung der Bezirke der Kassen ist notwendig, die Beschlüsse der Gemeinden bzw. Landkreise über Errichtung von Ortskrankenkassen zunächst der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes mitzuteilen. Bei der Errichtung einer Ortskrankenkasse nach § 235 Abs. 3 und einer Landkrankenkasse nach § 238 Abs. 2 muß dem Beschluß über die Errichtung eine Anordnung dieser Behörde vorausgehen.

Absätze 2 und 3

Die Vorlage einer vorläufigen Satzung ist notwendig, um für die Übergangszeit, d. h. bis die Selbstverwal-

tung von den ihr zustehenden Rechten Gebrauch machen kann, die Funktionsfähigkeit der neuen Kasse zu gewährleisten. Diesem Ziel dient auch die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe durch die Aufsichtsbehörde nach Absatz 3. Die Vorschriften schließen eine Anhörung der Sozialpartner vor der Berufung der Mitglieder selbstverständlich nicht aus, wie sie andererseits auch keine Bindung der Aufsichtsbehörde an die Vorschläge der Gemeinden oder Landkreise für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe vorschreiben.

Dieses Verfahren soll nach dem Entwurf auch dann vorgesehen werden, wenn für die Bezirke mehrerer unterer Verwaltungsbehörden eine Krankenkasse besteht und für einen dieser Bezirke eine eigene Ortskrankenkasse gebildet werden soll. Der Entwurf geht in diesem Fall davon aus, daß der gemeinsame Versicherungsträger aufzulösen ist und zwei neue Kassen entstehen.

Zu § 258

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 253 Abs. 1 RVO. Der Aufnahme einer dem § 252 Abs. 1 RVO entsprechenden Vorschrift bedarf es nicht, weil der Antrag stets der entscheidenden Stelle, das ist nach Absatz 1 die Aufsichtsbehörde, zuzuleiten ist. Die Vorschrift, daß die Errichtung durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu genehmigen ist, berücksichtigt verfassungsrechtliche Erfordernisse. Damit wird ausgeschlossen, daß die Errichtung bundesunmittelbarer Innungs- oder Betriebskrankenkassen durch Verwaltungsbehörden eines Landes genehmigt wird. Die Anhörung der Ortskrankenkassen (§ 252 Abs. 2 RVO) ist nunmehr in einer besonderen Vorschrift im § 269 vorgeschrieben.

Zu § 259

Absätze 1 und 2

Der Errichtung einer Betriebskrankenkasse oder einer Innungskrankenkasse hat regelmäßig eine Abstimmung der betroffenen Arbeitnehmer voranzugehen. Bei Errichtung einer Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse ist dagegen eine solche Abstimmung nicht vorgesehen, weil die Errichtung dieser Kassen ausschließlich im öffentlichen Interesse, nicht aber im Interesse einer bestimmten Personengruppe liegen soll. Dem geltenden Recht entsprechend (§ 225a Abs. 1 RVO) ist für die Errichtung einer Betriebskrankenkasse die Mehrheit der abstimmenden beteiligten volljährigen Arbeitnehmer, bei der Errichtung einer Innungskrankenkasse die Zustimmung der beteiligten Innungsversammlungen und der Geselenausschüsse erforderlich. Die Einfügung, daß nur die Arbeitnehmer abstimmen dürfen, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen, gewährleistet, daß Ersatzkassenmitglieder, die keine Beziehung zu der Betriebskrankenkasse haben werden, an der Abstimmung nicht beteiligt sind. Damit wird ein auf Grund geltenden Rechts bestehender Meinungsstreit beseitigt. Hinsichtlich des Alters der abstimmenden Arbeitnehmer wird nicht auf § 7 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes Bezug genommen. Vielmehr soll an dem Erfordernis der Volljährigkeit

festgehalten werden, weil die Abgabe der Abstimmungserklärung zu rechtlich erheblichen Auswirkungen für den Arbeitnehmer führt.

Absatz 3

schreibt vor, daß das für den Sitz des Betriebes oder der Innung zuständige Versicherungsamt die Abstimmung leitet. Damit ist klargestellt, daß die Leitung der Abstimmung auch dann dem Versicherungsamt obliegt, wenn die neu zu errichtende Kasse ein bundesunmittelbarer Versicherungsträger wird.

Absatz 5

Um das Neuregelungsgesetz von Verfahrensvorschriften zu entlasten, soll die Regelung des Abstimmungsverfahrens einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorbehalten bleiben.

Zu § 260

Um die neu zu errichtende Kasse funktionsfähig zu machen, schreibt Absatz 1 die Vorlage einer vorläufigen Satzung an die zuständige Aufsichtsbehörde vor. Das entspricht dem geltenden Recht (§ 320 RVO). Eine Mitwirkung der Arbeitnehmer erscheint wegen der Vorläufigkeit der im Absatz 1 vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich.

Zu § 261

Absatz 1

Die Vorschrift behandelt folgende Fälle:

1. Die Durchführung einer angeordneten oder im Gesetz zwingend vorgeschriebenen Vereinigung, wie sie bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen vorgesehen ist und
2. die Durchführung einer beschlossenen Vereinigung, wie sie bei Betriebs- und Innungskrankenkassen möglich ist.

Der Entwurf geht davon aus, daß die vereinigten Kassen geschlossen werden, d. h. ihre Rechtsfähigkeit verlieren und eine neue vereinigte Kasse entsteht. Damit werden Schwierigkeiten und Zweifel beseitigt, die sich ergeben würden, wenn eine der Kassen als fortbestehend, die andere als aufgelöst zu betrachten ist. Für die neue Kasse sind daher wie bei einem Errichtungsverfahren vorläufige Organe zu bestellen, eine vorläufige Satzung zu errichten und der Zeitpunkt zu bestimmen, an dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Da die Vereinigung im Falle der §§ 237 und 240 Abs. 1 von Amts wegen und nach § 248 Abs. 2 gesetzlich angeordnet wird, muß für den Fall Vorsorge getroffen werden, daß die zu vereinigenden Kassen sich nicht über die Satzung und die Vorschläge für die Mitglieder der vorläufigen Organe einigen können. Daher ist im Absatz 1 eine Ersatzvornahme durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen.

Absatz 2

Eine solche Notwendigkeit ergibt sich nicht bei einer Vereinigung von Krankenkassen, die nach § 242 oder § 248 Abs. 1 von den beteiligten Kassen beschlossen

werden. Hier liegt die Errichtung einer neuen Satzung und die Abgabe der Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe vorwiegend im Interesse der beteiligten Kassen, die auch die Vereinigung beschlossen haben. In diesem Fall können daher entsprechende Maßnahmen der beteiligten Kassen abgewartet werden. Eine Ersatzvornahme ist deshalb nicht vorgesehen.

Absatz 3

Die Vorschrift bestimmt ausdrücklich, daß mit der Aufnahme der Tätigkeit der neuen Kassen die bisherigen Kassen geschlossen sind und daß die neue Kasse Rechtsnachfolgerin der alten Kassen in deren Rechte und Pflichten ist. Es handelt sich um eine Rechtsnachfolge kraft Gesetzes mit den Folgen, die sich aus den entsprechenden Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs ergeben (Eigentumsübergang an Grundstücken, Eintritt in die Verträge mit Bediensteten usw.).

Die Regelung etwa notwendiger Besonderheiten für Bedienstete im Falle der Vereinigung, Auflösung usw. muß einer Neuregelung des Dienstrechts vorbehalten bleiben.

Zu § 262

Die Vorschrift regelt entsprechend der durch das Grundgesetz gegebenen Unterscheidung zwischen bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Versicherungsträgern die Zuständigkeit für die Entscheidung über Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Kassen. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist vorgeschrieben, daß in der Entscheidung der Zeitpunkt zu bestimmen ist, zu dem die Organisationsänderung in Kraft tritt. Die Entscheidung hat daher insoweit konstitutive Wirkung.

Zu § 263

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 285 und 298 RVO). Das Vermögen einer Kasse, das letztlich auch aus Beiträgen der ausscheidenden Mitglieder angesammelt wurde, ist anteilmäßig mit zu übertragen, wenn eine ganze Personengruppe zu einer anderen Kasse übergeht. Aus der Fassung ergibt sich, daß eine Auseinandersetzung nicht stattfinden soll, wenn Mitglieder aus anderen Gründen aus einer Kasse ausscheiden (z. B. Einzelausscheiden von Mitgliedern). Nach Absatz 1 kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn sich die beteiligten Kassen übereinstimmend dafür aussprechen. Damit soll ein Verzicht auf eine Auseinandersetzung ermöglicht werden, wenn z. B. Vermögen nicht vorhanden ist oder wenn von der aufnehmenden Kasse andere Gruppen zu Betriebs- oder Innungskrankenkassen übergehen und die Auseinandersetzung nur einen Vermögensaustausch zur Folge hätte. Absatz 2 letzter Satz soll klarstellen, daß in den Fällen, in denen mehrere Aufsichtsbehörden zuständig sein können, nur die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Kasse über den Antrag entscheidet.

Zu § 264

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 293 RVO).

Zu § 265

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen den §§ 286 bis 290 RVO. Die Leitung der Auseinandersetzung obliegt der Aufsichtsbehörde. Um die Wünsche der beteiligten Kassen weitgehend zu berücksichtigen, soll die Aufsichtsbehörde eine Vereinbarung zwischen den Kassen ihrer Entscheidung zugrunde legen.

Absatz 2

sieht im Interesse der zu übernehmenden Bediensteten eine Ersatzvornahme durch die Aufsichtsbehörde der übernehmenden Kasse vor, wenn eine Einigung über die Zahl der zu übernehmenden Bediensteten nicht zustande kommt.

Zu § 266

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 290 RVO. Um der späteren Neuregelung des Dienstrechts auch die Klärung des Rechtsstatus der bei den Krankenkassen beschäftigten Personen vorbehalten zu können, wird nicht wie nach altem Recht von „Beamten und Angestellten“, sondern allgemein von „Bediensteten“ gesprochen.

Zu § 267

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 301 RVO). Eine Mitteilung des Beschlusses nach § 302 RVO erscheint entbehrlich, weil die Beziehungen der Kassen zu den Ärzten, den Apothekern und den Krankenhäusern künftig anders geregelt werden sollen. Die Vorschrift ist bereits nach geltendem Recht praktisch gegenstandslos.

Zu § 268

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 303 Abs. 1 und § 305 Abs. 1 RVO).

Zu § 269

Eine ähnliche Vorschrift ist bereits im geltenden Recht enthalten (§ 252 Abs. 2 RVO). Sie stellt sicher, daß die Interessen der beteiligten Ortskrankenkassen ausreichend gewahrt werden können.

Zu § 270

Im Gegensatz zum geltenden Recht beschränkt der Entwurf den Abschnitt „Verfassung“ auf Vorschriften über die Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung, die Mitgliedschaft, die Satzung und die Rechte und Pflichten der Organe. Das im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung im Vierten Abschnitt unter IV geregelte Dienstrecht der Angestellten und Beamten der Kassen (§§ 349 ff. RVO) ist aus rechtssystematischen und rechtspolitischen Gründen in den Entwurf nicht aufgenommen. Für die Vorschriften über die Verwaltung der Mittel und die Rücklage ist im Entwurf wegen des sachlichen Zusammenhangs mit der Aufbringung der Mittel ein gemeinsamer Fünfter Abschnitt vorgesehen. Das im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung im Vierten Abschnitt unter VI geregelte Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken

und Hebammen ist im Entwurf in einem besonderen Achten und Neunten Abschnitt aufgenommen. Eine weitere Abweichung des Entwurfs vom geltenden Recht besteht darin, daß die Frage nach der Kassenzugehörigkeit der Versicherungspflichtigen und der freiwillig Versicherten im Abschnitt „Verfassung“ beantwortet wird, da die äußere Organisation der Versicherungsträger zur Frage, welche Kasse für eine Person zuständig ist, keine unmittelbare Beziehung hat.

Absätze 1 und 2

entsprechen sachlich dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 1 RVO und Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 18. Februar 1942 betr. Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Beschäftigten; AN 1942 S. 148).

Zu § 271

Absatz 1

entspricht dem § 235 Abs. 1 und 2 RVO.

Absatz 2

entspricht dem § 235 Abs. 2 RVO. Aus Gründen der Rechtssicherheit und der besseren Abgrenzung des Personenkreises wird der in der Landwirtschaft, in der Gärtnerei, im Friedhofsbetrieb, in Park- und Gartenpflege beschäftigte Personenkreis dadurch genauer bestimmt, daß für die Mitgliedschaft in der Landkrankenkasse auf solche Unternehmen abgestellt wird, die von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfaßt werden (vgl. § 915 RVO und § 773 des Regierungsentwurfes eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung).

Zu § 272

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 245 Abs. 2 und 3 RVO).

Zu § 273

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 250 Abs. 2 und 4 RVO).

Zu § 274

Absatz 1

Liegen die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse vor, dann ist der Versicherungspflichtige kraft Gesetzes von der Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse, Landkrankenkasse, Betriebs- oder Innungskrankenkasse befreit. Wegen der besonderen Verhältnisse der Versicherung der Seeleute und der im Bergbau Beschäftigten ist eine Mitgliedschaft dieser Personen in einer Ersatzkasse nicht zugelassen.

Absatz 2

entspricht im wesentlichen dem § 15 des 1. Einkommengrenzengesetzes vom 13. August 1952 (BGBl. I S. 437). Gegenüber dem geltenden Recht wird aber klargestellt, daß nicht nur der Verlust der Eigenschaft als Angestellter oder Arbeiter, sondern auch

der Verlust der besonderen Eigenschaften innerhalb dieser Berufsgruppe kein Grund ist, eine weitere Zugehörigkeit zur Ersatzkasse auszuschließen.

Absatz 3

Wie bisher unterliegt die Ersatzkasse bei Versicherungspflichtigen einem Kontrahierungszwang. Für Versicherungsberechtigte gelten die allgemeinen Vorschriften.

Absatz 4

entspricht dem geltenden Recht (§ 518 RVO).

Zu § 275

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 477 RVO. *Nr. 1* stellt auf die Besatzungsmitglieder nach dem Seemannsgesetz vom 26. Juli 1957 (BGBl. II S. 713), *Nr. 2* auf Seeleute von Beruf ab, die nicht in einem Heuerverhältnis stehen. Im Gegensatz zum geltenden Recht soll Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der See-Krankenkasse nicht mehr die Musterung für eine Fahrt, sondern das Heuerverhältnis sein, weil schon heute das Heuerverhältnis in der Regel nicht für eine Reise, sondern auf unbestimmte Zeit eingegangen wird.

Zu § 276

Die Vorschrift entspricht den §§ 111 und 128 AVAVG

Zu § 277

Absatz 1

Es entspricht dem Solidaritätsprinzip, den Rentner grundsätzlich in der Kasse als Mitglied zu belassen, der er vor Stellung seines Rentenanspruchs angehört hat. (So auch das geltende Recht § 234 Abs. 1 letzter Satz, § 235 Abs. 3, § 245 Abs. 5, § 250 Abs. 5, § 477 Nr. 4, § 514 RVO).

Absatz 2

geht aus demselben Grunde von der Regel aus, daß der Rentner wieder zu seiner Kasse zurückkehrt, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Kasse zuständig war. Nur dann, wenn die Mitgliedschaft mindestens zwölf Monate ununterbrochen bei der anderen Kasse gedauert hat, bewirkt das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis den Wechsel der Kasse.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 1 letzter Satz RVO).

Absatz 4

Hinsichtlich der Kassenzugehörigkeit der Hinterbliebenen ist klargestellt, daß die Kasse zuständig ist, der der Verstorbene, von dem der Hinterbliebene seine Rentenberechtigung ableitet, angehört würde. Satz 2 soll außerdem klarstellen, welche Kasse zuständig ist, wenn mehrere Hinterbliebenenrenten bezogen werden.

Absatz 5

Anders als nach geltendem Recht (§ 245 Abs. 6 RVO) sollen Rentner und Hinterbliebenenrentner nicht nur neu errichteten Betriebskrankenkassen, sondern auch neu errichteten Innungskrankenkassen unter den im Absatz 5 näher beschriebenen Voraussetzungen angehören müssen.

Zu § 278

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 2 RVO).

Zu § 279

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 309 Abs. 1 und 2 RVO).

Da ein Heimarbeiter nicht selten zugleich auch in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis steht, ist die entsprechende Anwendung des Satzes 1 auch für Heimarbeiter vorgesehen.

Zu § 280**Absatz 1**

entspricht dem geltenden Recht (§§ 238, 245 Abs. 4, § 250 Abs. 2, § 313 Abs. 4 RVO).

Absatz 2

geht im Gegensatz zum geltenden Recht (§ 313b RVO) von der Erwägung aus, daß dem freiwillig Versicherten die Entscheidung überlassen bleiben soll, ob er z. B. bei Wohnortwechsel Mitglied seiner Kasse bleiben oder die Mitgliedschaft in einer anderen Kasse am neuen Wohnort fortsetzen will. Entscheidet sich der freiwillig Versicherte zum Übertritt in eine andere Kasse, dann soll er die Mitgliedschaft in der Kasse fortsetzen können, der er angehören würde, wenn er versicherungspflichtig wäre. Die Bestimmung ermöglicht nunmehr auch dem freiwilligen Mitglied einer Innungskrankenkasse, nach Wohnortwechsel am neuen Wohnort in eine dort bestehende Innungskrankenkasse überzutreten, wenn er als Versicherungspflichtiger dieser Kasse angehören müßte. Anders als in Absatz 1 sind hier die Worte „oder angehören könnte“ nicht aufgenommen. Damit wird ausgeschlossen, daß freiwillige Mitglieder von Krankenkassen zu anderen Kassenarten übertreten können, zu denen sie keine Beziehung haben. Schließlich soll Absatz 2 freiwillig Versicherten ermöglichen, in eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse überzutreten, wenn eine solche Kasse für ihren Betrieb oder ihre Innung neu errichtet wird.

Zu § 281**Absatz 1**

entspricht dem geltenden Recht (§ 306 Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Es entspricht der in Absatz 1 getroffenen Regelung; bei Heimarbeitern und den ihnen hinsichtlich der Entgeltregelung gleichgestellten Personen, für den Beginn der Mitgliedschaft den Tag zu bestimmen, an dem erstmals oder nach Ausscheiden aus der Versicherung erneut Arbeit ausgegeben wird.

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 108 Abs. 1 AVAVG).

Absatz 4

entspricht dem geltenden Recht (§ 306 Abs. 2 RVO).

Absatz 5

Infolge der Einbeziehung der Ersatzkassen in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen gilt auch für den Beginn der Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse bei Versicherungspflichtigen die in Absatz 1 getroffene Regelung, wenn die nach § 274 Abs. 1 notwendige Bescheinigung innerhalb einer Woche nach Beginn der Beschäftigung ausgehändigt wird. Aus verwaltungsmäßigen Gründen soll die Mitgliedschaft mit dem ersten des auf die Beitrittserklärung folgenden Kalendermonats beginnen, wenn die Erklärung erst zu einem späteren Zeitpunkt abgegeben wird. Hieraus ergibt sich, daß z. B. bei einer späteren Abgabe der Bescheinigung eine Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflichtkrankenkasse solange besteht, bis die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse erworben ist.

Zu § 282

Nach geltendem Recht beginnt nur bei neu errichteten Betriebs- und Innungskrankenkassen die Mitgliedschaft mit dem Tage, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Da bei den übrigen Kassenarten nichts anderes gelten kann, erweitert die Vorschrift die nach geltendem Recht bestehende Regelung auf alle Kassen, die neu errichtet werden.

Zu § 283**Absätze 1 und 2**

entsprechen dem geltenden Recht (§ 310 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 RVO). Aus Gründen der Rechtssicherheit soll jedoch nicht mehr lediglich eine „Anmeldung“, sondern ein schriftlicher Antrag gefordert werden, der notwendig eine Entscheidung des Versicherungsträgers über die Erklärung des Antragstellers zur Folge hat.

§ 310 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 RVO wurden hierher nicht übernommen, da insoweit § 172 Abs. 2 das Erforderliche bestimmt.

Absatz 3

Im Gegensatz zum geltenden Recht wird die Mitgliedschaft der in § 173 genannten Personen nicht mehr als „Fortsetzung“ der Mitgliedschaft einer anderen Person angesehen, sondern als ein neues Versicherungsverhältnis, wie sich auch aus § 173 Abs. 1 und § 283 Abs. 3 ergibt. Dementsprechend bestimmt Absatz 3 aus Gründen der Rechtssicherheit den Zeitpunkt, zu dem die Mitgliedschaft beginnt. Da Absatz 3 als Unterfall der in Absatz 1 geregelten Tatbestände anzusehen ist, setzt auch Absatz 3 für den Beginn der Mitgliedschaft voraus, daß ein schriftlicher Antrag nach Absatz 2 gestellt worden ist. Dieser Antrag löst nur dann die in Absatz 3 genannten Wirkungen aus, wenn er innerhalb der in § 173 Abs. 2 bestimmten Frist vorgelegt worden ist.

Zu § 284**Absatz 1****Nr. 1**

Da die Mitgliedschaft stets nur an die Person des Versicherten gebunden sein kann, endet sie zwangsläufig mit dem Tode des Versicherten.

Nr. 2

Entfallen die Voraussetzungen der Versicherungspflicht, so endet auch die Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Es erscheint sinnvoll, diese Wirkung dann nicht eintreten zu lassen, wenn ein Versicherter vom Recht der Weiterversicherung nach § 171 Gebrauch machen will. Eine gleiche Regelung trifft das geltende Recht (§ 313 Abs. 1 und 2 RVO). Die Mitgliedschaft endet daher nicht, wenn ein Versicherter seinen Willen zur Weiterversicherung binnen drei Wochen nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht der Kasse angezeigt hat.

Nr. 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 312 Abs. 1 RVO). Auch nach dem Entwurf ist eine Doppelmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

Nr. 4

entspricht im wesentlichen dem § 314 RVO. Um dem Versicherten die Folgen unterlassener Beitragsentrichtung rechtzeitig anzukündigen, ist die Vorschrift um den Zusatz erweitert, daß der Versicherte darauf hinzuweisen ist.

Nr. 5

Schon die §§ 312 und 314 RVO heben nur einzelne Endigungsgründe hervor, ohne andere auszuschließen. Es ist daher bereits nach geltendem Recht zulässig, daß die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter durch Austrittserklärung endet.

Nr. 6

Die Vorschrift entspricht der in § 174 Abs. 1 getroffenen Regelung, nach der die freiwillige Versicherung erlischt, wenn das jährliche Einkommen 15 000 DM übersteigt.

Absatz 2

bringt eine dem § 312 Abs. 2 Satz 1 RVO entsprechende Regelung. Die Beibehaltung dieser Bestimmung ist aus Gründen der Rechtssicherheit notwendig, um zu vermeiden, daß Unklarheit über das Bestehen einer Mitgliedschaft aufkommt, wenn ein Bescheid über eine Rentenentziehung angefochten worden ist.

Zu § 285**Absatz 1**

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 311 Satz 1 RVO und den Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943 Abschnitt I Ziff. 6 (AN 1943 S. 485). Ihr Zweck ist, die Mitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten (ausgenommen die Beitragspflicht, vgl.

§ 305) zu erhalten, solange der Versicherte Krankengeld erhält. Darüber hinaus soll diese Bestimmung auch dann gelten, wenn ein Träger der Unfallversicherung Verletztengeld oder Heilanstaltspflege oder ein Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld gewährt, und wenn allein deswegen ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht.

Absatz 2

tritt an die Stelle des § 311 Satz 2 RVO und § 13 Abs. 7, § 9 Abs. 2 und § 11 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes. Es entspricht der Erhaltung der Mitgliedschaft bei Krankengeldzahlung nach Absatz 1, eine ähnliche Regelung im Falle der Gewährung von Mutterschaftsgeld zu treffen. Absatz 2 soll einer Versicherten, die wegen ihrer Schwangerschaft eine versicherungspflichtige Beschäftigung aus den näher bezeichneten Gründen nicht mehr ausübt, die Mitgliedschaft im bisherigen Umfang solange erhalten, bis der Anspruch auf Mutterschaftsgeld endet (vgl. § 212 Abs. 3). Damit wird einer schwangeren Versicherten der Entschluß leichter gemacht, ihre Tätigkeit schon einige Zeit vor der Entbindung aufzugeben. Wegen der Beitragsleistung dieser Personen vgl. § 303 Abs. 3 letzter Satz und § 305 Abs. 2.

Zu § 286

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 209a Abs. 1 RVO. Sie bezieht sich lediglich auf Versicherungspflichtige und soll die Mitgliedschaft solange erhalten, als das versicherungspflichtige Mitglied zum Wehrdienst oder Ersatzdienst einberufen ist. Die Fassung „zum Wehrdienst“ soll auch die Einberufung zu einer Eignungsübung decken.

Schließt sich der Wehrdienst oder Ersatzdienst nicht unmittelbar an das Beschäftigungsverhältnis an, dann wird nach geltendem Recht die Mitgliedschaft nicht erhalten. Diese Regelung hat in den Fällen zu Härten geführt, in denen der Versicherte vor Beginn des Wehrdienstes, meist sogar mit Rücksicht auf die Einberufung aus der Beschäftigung ausgeschieden war. Um diese Härten künftig auszuschließen, ist nicht auf eine „bestehende Versicherung“, sondern auf einen Kausalzusammenhang zwischen Ausscheiden aus der Versicherungspflicht und Einberufung abgestellt.

Zu § 287

Die Vorschrift soll die Erhaltung der Mitgliedschaft in den Fällen regeln, in denen das Mitglied zwar eine Beschäftigung nicht ausübt, das Arbeitsverhältnis aber fortbesteht (z. B. unbezahlter Urlaub; sogenannte Bummeltage). Wegen der Beitragszahlung vgl. § 303 Abs. 3.

Mit dieser Regelung wird der Erlaß des Reichsarbeitsministers über die Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung vom 28. Januar 1943 (AN 1942 S. 91) gegenstandslos. Wegen der Folgen des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht bei Erwerbslosigkeit (§ 214 RVO) vgl. § 231 Abs. 2.

Zu § 288*Absatz 1**Nr. 1*

entspricht im wesentlichen den §§ 315 und 316 RVO.

Nr. 2 und 3

entsprechen dem § 315a Abs. 1 Nr. 1 und 2 RVO und sind dem § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 angepaßt.

Absatz 2

entspricht § 315a Abs. 2 RVO. Um eine rückwirkende Beendigung der Mitgliedschaft im Falle der Zurücknahme eines Rechtsbehelfs gegen die Ablehnung eines Rentenantrages auszuschließen, bestimmt Satz 3, daß die Mitgliedschaft in diesem Falle mit dem Tage der Rücknahme des Rechtsbehelfs endet.

Absatz 3

Um auch über die Kassenzuständigkeit der in Absatz 1 Nr. 2 und 3 genannten Rentner eine Bestimmung zu treffen, ist die entsprechende Geltung des § 277 vorgesehen, der sich auf die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 genannten Rentner und Hinterbliebenenrentner bezieht.

Zu § 289

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 321 RVO) und berücksichtigt die durch das Selbstverwaltungsgesetz eingetretenen Änderungen.

Die Bestimmung des § 320 RVO kann entfallen, da über die Errichtung der Satzung, bevor die Krankenkasse ins Leben tritt, in den Vorschriften über das Errichtungsverfahren eine andere Regelung getroffen ist (vgl. §§ 257 Abs. 2, 260, 261 Abs. 1 und 2).

Absatz 2 Nr. 9

schreibt im Gegensatz zum geltenden Recht vor, daß die Satzung über die Aufstellung eines Haushaltsplanes und nicht mehr über einen Voranschlag bestimmen muß. Das entspricht der Bedeutung der Kassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften und als Organe der mittelbaren Staatsverwaltung.

Zu § 290

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 323 RVO). Der ausdrücklichen Feststellung, daß die Satzung nichts bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft, bedarf es nicht, weil das selbstverständlich erscheint und überdies im Rahmen der Aufsicht bei Genehmigung der Satzung und von Satzungsänderungen von Amts wegen geprüft werden muß.

Zu § 291*Absatz 1*

entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 324 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 RVO). Die Vorschrift unterscheidet entsprechend der bisherigen Rechtsübung zwischen „Genehmigung“ und „Zustimmung“ der Aufsichtsbehörde. Im Falle der Genehmigung erstreckt sich die Prüfung der Aufsichtsbehörde auf

die Beachtung von Gesetz und Satzung, im Falle der Zustimmung hingegen auch auf die Zweckmäßigkeit einer Maßnahme (vgl. auch § 423 Abs. 5).

Absatz 2

Die Vorschrift soll der Aufsichtsbehörde ermöglichen, die Prüfungen über Höhe und Zahlung der Beiträge und die Höhe der Vergütungen nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes auch auf Fragen der Zweckmäßigkeit zu erstrecken.

§ 324 Abs. 1 Satz 2 RVO braucht nicht übernommen zu werden, da über die Festsetzung des Zeitpunktes, zu dem die Kasse ins Leben treten soll, bereits bei § 257 Abs. 3, § 260 Abs. 2 und § 261 Abs. 1 Näheres bestimmt ist.

Zu § 292

Die Vorschrift entspricht unter Berücksichtigung der durch das Selbstverwaltungsgesetz eingeleiteten Rechtsentwicklung im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 326 RVO).

Zu § 293

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 325 RVO). Sie ist elastischer gestaltet, um den Kassen die Möglichkeit zu geben, die Mitglieder in einer allgemeinverständlichen und geeigneten Form über das Versicherungsverhältnis aufzuklären.

Zu § 294

Die Vorschriften des geltenden Rechts über die Zusammensetzung der Kassenorgane (§§ 327 bis 341 RVO) sind seit Inkrafttreten des Selbstverwaltungsgesetzes obsolet. Im Entwurf sind deshalb entsprechende Vorschriften nicht aufgenommen.

Hinsichtlich der „Rechte und Pflichten der Organe“ beschränkt sich der Entwurf auf die wegen der Besonderheiten bei den Krankenkassen notwendigen Vorschriften. Soweit eine abweichende Regelung nicht getroffen ist, sollen daher die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes Anwendung finden.

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 342 Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Der Entwurf geht davon aus, daß der Vorstand die Kasse verwaltet und daß ihm alle Aufgaben zugewiesen sind, die nicht durch gesetzliche Vorschriften in den Zuständigkeitsbereich der Vertreterversammlung oder des Geschäftsführers fallen, oder die sich die Vertreterversammlung ausdrücklich vorbehalten hat. Eine Zuständigkeitsvermutung des Vorstandes ergibt sich damit in allen Fällen, die nicht Gesetz oder Satzung anders regeln. Die Bestimmung über die primäre Zuständigkeit des Vorstandes entspricht praktischen Bedürfnissen und einer zweckmäßigen Verwaltungsführung. Im Gegensatz zur Vertreterversammlung ist der Vorstand leichter einzuberufen. Er hat außerdem eine geringere Mitgliederzahl und ist bei der Beschlußfassung beweglicher.

Eine Bestimmung über die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kasse (§ 342 Abs. 2 RVO) ist an dieser Stelle nicht aufgenommen worden, da insoweit eine einheitliche Regelung im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Aufsicht getroffen ist (vgl. § 424).

Dem Vorstand auch weiterhin eine Pflicht vorzuschreiben, den Gewerbeaufsichtsbeamten Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen (§ 343 RVO), erscheint nicht mehr erforderlich.

§ 344 RVO ist durch eine anderweite Regelung im Rahmen des fünften Abschnitts über Aufbringung und Verwaltung der Mittel (§ 325) entbehrlich geworden.

Zu § 295

Absatz 1

Anders als das geltende Recht (§ 345 Abs. 1 Satz 1 RVO) geht die Vorschrift davon aus, daß der Vorstand das primär handelnde Organ ist. Der Vertreterversammlung werden daher entsprechend § 294 Abs. 2 in § 295 bestimmte Aufgaben zugewiesen.

Nr. 1

entspricht unter Berücksichtigung der in § 289 Nr. 9 getroffenen Regelung dem geltenden Recht (§ 345 RVO).

Nr. 2 und 3

entsprechen dem geltenden Recht.

Nr. 4

Die Vorschrift ist in den Katalog der Aufgaben aufgenommen worden, weil die Entscheidung über diese wichtigen Fragen der Vertreterversammlung zukommen muß. Andererseits macht diese Bestimmung den § 346 Abs. 1 RVO entbehrlich. Nach dieser Vorschrift hatte die Vertreterversammlung zusammen mit dem Vorstand bei derartigen Geschäften die Kasse zu vertreten. Für diese Vertretung gilt jetzt § 6 des Selbstverwaltungsgesetzes, der bestimmt, daß der Vorstand die Kasse vertritt. Die Erweiterung des Katalogs in Nr. 4 macht ebenso die Vorschrift des § 346 Abs. 2 Nr. 2 RVO entbehrlich, weil unter „Errichtung von Gebäuden“ auch die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen zu verstehen ist. Dem Grundsatz der primären Zuständigkeit des Vorstandes entspricht es schließlich, daß der Vorstand Verträge mit Dritten zu schließen hat. Eine dem § 345 Abs. 2 Nr. 4 RVO entsprechende Bestimmung ist daher nicht mehr aufgenommen.

Nr. 5, 6 und 7

entsprechen dem § 347 Abs. 1 und 2, § 345 Abs. 2 Nr. 6 und 7 RVO.

Nr. 8

entspricht § 85 Abs. 2 Nr. 2 des Sozialgerichtsgesetzes.

Absatz 2

Wegen der Bedeutung der Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 6 und 7 sieht Absatz 2 — wie bereits das gel-

tende Recht in § 345 Abs. 3 Satz 1 RVO — eine qualifizierte Mehrheit bei der Abstimmung in der Vertreterversammlung vor. Da in den Vertreterversammlungen der Ersatzkassen Arbeitgebervertreter nicht vertreten sind, gilt diese Vorschrift für die Ersatzkassen nicht. Eine dem § 345 Abs. 3 Satz 2 RVO entsprechende Vorschrift ist im Entwurf nicht aufgenommen, da eine Ausnahme von dem Grundsatz der getrennten Abstimmung nicht erforderlich erscheint.

Absatz 3

entspricht inhaltlich dem § 347 Abs. 2 RVO. Nach dem Entwurf wird es nicht mehr als eine Aufgabe der Vertreterversammlung angesehen, über die Errichtung von Melde- und Zahlstellen zu beschließen. Es handelt sich insoweit um Verwaltungsangelegenheiten, die künftig Aufgabe des Vorstandes sein sollen. Das gilt auch für die Anordnungen nach § 348 RVO, die ebenfalls dem Vorstand zukommen sollen.

Zu § 296

Absatz 1

Auf Meldevorschriften kann zur Durchführung der Versicherung nicht verzichtet werden. Sie finden sich auch im geltenden Recht (§§ 317, 318, 521 RVO). An dem Grundsatz, daß die Meldungen innerhalb von drei Tagen zu erstatten sind, wird festgehalten. Die Möglichkeit für die Kasse, von dieser Regel bis zu längstens sieben Tagen abzuweichen, berücksichtigt den Umstand, daß es Arbeitgebern mit räumlich weit auseinander liegenden Betrieben (Baustellen) nicht immer gelingt, die dreitägige Meldefrist einzuhalten.

Die gegenüber dem geltenden Recht weitergehende Formulierung „die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Meldungen“ bedeutet, daß nicht nur An-, Um- und Abmeldungen verlangt werden können, sondern auch sonst alle Angaben (Lohnänderungsanzeigen, Beitragsnachweisungen), die für die Durchführung der Versicherung unentbehrlich sind.

Absatz 2

Seitdem die Krankenkassen Einzugsstellen auch für Beiträge der Rentenversicherungen und der Arbeitslosenversicherung sind, werden die Meldungen für die anderen Versicherungszweige grundsätzlich zusammen mit den Krankenkassenmeldungen abgegeben (§§ 1400 RVO, 122 AVG, 72 AVAVG). Das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung wird nunmehr entsprechend ergänzt.

Absatz 3

Wenn eine Ersatzkasse versäumt, dem Arbeitgeber das Ausscheiden eines versicherungspflichtigen Mitgliedes zu melden, so hat das zur Folge, daß der Arbeitgeber nach wie vor den Beitragsanteil des Versicherten und seinen Arbeitgeberanteil an das Ersatzkassenmitglied auszahlt. Er soll in diesem Fall nicht von der zuständigen Krankenkasse erneut zur Beitragszahlung herangezogen werden. Ersatzpflich-

tig für den Beitrag, der der zuständigen Kasse entgangen ist, bleibt die Ersatzkasse.

Zu § 297

Absätze 1 bis 3

Es entspricht dem geltenden Recht (§ 317 Abs. 5 bis 7 RVO), die maßgebenden Tatbestände für Beginn und Ende der Krankenversicherung der Rentner vom Rentenbewerber, von der für das Beschäftigungsverhältnis zuständigen Kasse und vom zuständigen Träger der Rentenversicherung melden zu lassen.

Zu § 298

Absatz 1

Das bisher in AVAVG vorgeschriebene Meldeverfahren für Arbeitslose (§ 113 AVAVG) entspricht den Bedürfnissen der Krankenkassen nicht. Die zweiwöchentliche Meldung der Zahl der Empfänger von Arbeitslosengeld macht jede Kontrolle darüber unmöglich, ob das Arbeitsamt die Beiträge auch an die zuständige Kasse abführt, und ob der Arbeitslose seine Leistungen auch von der Kasse erhält, an die die Beiträge abgeführt worden sind. Es wird deshalb grundsätzlich die Einzelmeldung gefordert. Satz 2 überläßt es der zuständigen Kasse und dem Arbeitsamt, ein vereinfachtes Meldeverfahren zu vereinbaren.

Absatz 2

Aus den in Absatz 1 genannten Gründen kann auch bei Empfängern von Stilllegungsvergütung auf die erforderlichen Meldungen nicht verzichtet werden.

Zu § 299

Die Verpflichtung des Versicherten, den Einberufungsbescheid zum Wehrdienst, zu einer Wehrübung oder zum Ersatzdienst bei der Krankenkasse vorzulegen und die Bestätigung der Kasse auf dem Einberufungsbescheid erleichtert den Dienststellen des Bundes und den Krankenkassen erheblich die Verwaltungsarbeit. Gleichzeitig werden die Kassen dadurch in die Lage versetzt, die Beitragsabführung für Fehltage zu überprüfen, wenn zwischen dem letzten Arbeitstag und dem Tag der Einberufung Tage unbezahlten Urlaubs oder sogenannte Bummeltage liegen. Für die Meldung über das Ende der Dienstleistung genügt die Verpflichtung der Dienststellen des Bundesministers für Verteidigung, weil die zuständige Kasse bereits bekannt ist. Im übrigen wird bei Arbeitsaufnahme der Arbeitgeber meldepflichtig.

Zu § 300

Diese Ermächtigung entspricht dem geltenden Recht (§ 317 Abs. 8 RVO).

Zu § 301

Da die freiwillig Versicherten (freiwillig Weiterversicherte und Versicherungsberechtigte) aus eigenem Entschluß einer Kasse angehören, müssen sie die

für die Durchführung ihrer Versicherung erforderlichen Meldungen selbst erstatten. Das Nähere soll wegen der unterschiedlichen Bedürfnisse die Satzung der Kasse bestimmen.

Zu § 302

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Es wird aus systematischen Gründen davon abgesehen, an dieser Stelle aufzuzählen, von wem die Beiträge aufzubringen sind.

Absatz 2

Auch diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Zur Klarstellung ist darauf hingewiesen, daß die Beiträge auch zur Auffüllung der gesetzlichen Rücklage und der Betriebsmittel erhoben werden.

Zu § 303

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht, soweit versicherungspflichtige Arbeitnehmer und ihre Arbeitgeber in Betracht kommen. Da die in Heimarbeit Beschäftigten wie versicherungspflichtige Arbeitnehmer behandelt werden, müssen auch ihren Auftraggebern die Pflichten des Arbeitgebers auferlegt werden. Satz 2 ist den entsprechenden Vorschriften der Gesetze zur Neuordnung der Rentenversicherungen nachgebildet. Damit stimmen die Entgeltgrenzen für Geringverdiener, bei denen der Arbeitgeber den Beitrag allein zu tragen hat, mit denen der Rentenversicherungen überein.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Der Arbeitgeber soll nicht dadurch, daß seine Arbeitnehmer Mitglied einer Ersatzkasse werden, finanziell benachteiligt sein, wenn die Beiträge der Ersatzkasse höher liegen als die der zuständigen Krankenkasse.

Absatz 3

Diese Vorschrift ist neu. Sie gibt den Kassen die Möglichkeit, für Fehltage Beiträge zu erheben. Die Verpflichtung, diese Beiträge zu tragen, trifft in jedem Falle ausschließlich das Mitglied. In den Fällen des Satzes 2 besteht im Gegensatz zum bisherigen Recht die Mitgliedschaft fort; die Schwangere hat für diese Zeit die Beiträge zu tragen.

Zu § 304

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, daß die Beiträge in Vom-Hundert-Sätzen (Hundertsteln) erhoben werden.

Während jedoch im geltenden Recht der Grundlohn Bemessungsgrundlage der Beiträge ist, soll künftig das in einem Kalendermonat erzielte Entgelt Bemessungsgrundlage sein (Absatz 2). Das bedeutet, daß Versicherte mit festen Bezügen einen monatlich gleichbleibenden Betrag zu zahlen haben, und zwar

ohne Rücksicht darauf, wieviel Tage der Monat hat. Im übrigen bleibt es der Satzung der Kasse überlassen, nach den unterschiedlichen Bedürfnissen die Beitragsberechnung nach dem tatsächlichen Arbeitsverdienst oder nach dem Mittelbetrag der Lohnstufen vorzusehen. Bei Erlaß der Rechtsverordnung zur Aufstellung von Lohnstufen wird darauf Bedacht genommen werden müssen, die Lohnstufen so festzusetzen, daß sie auf Lohnsteuerstufen Rücksicht nehmen. Auf die Möglichkeit, die Beiträge nach Mitgliederklassen zu berechnen, wie es das geltende Recht vorsieht, wird verzichtet, weil die Festsetzung nach Lohnstufen eine ausreichende Differenzierung zuläßt.

Absatz 2

Die bisher recht unterschiedlichen Lohnzahlungs- und Beitragsabrechnungszeiträume (10 Tage, 14 Tage, 4 Wochen, 5 Wochen) sollen zugunsten eines einheitlichen Abrechnungszeitraumes aufgegeben werden. Die Einführung des Kalendermonats als Abrechnungszeitraum entspricht der schon weit verbreiteten Übung, die Löhne monatlich abzurechnen. Im übrigen dürfte es der betrieblichen Praxis keine Schwierigkeiten bereiten, ihre Lohnabrechnungen einheitlich auf den Kalendermonat umzustellen. Satz 2 stellt klar, daß Beiträge nur dann für Kalendertage zu erheben sind, wenn kein voller Kalendermonat abzurechnen ist, weil das Arbeitsverhältnis während eines Kalendermonats beginnt oder endet, oder weil in diesen Zeitraum beitragsfreie Zeiten fallen. In diesen Fällen ist das Entgelt nur bis zum Höchstbetrag von 22 DM je Kalendertag zu berücksichtigen.

Absatz 3

Der im geltenden Recht in § 168 Abs. 3 RVO geregelte Tatbestand wird aus rechtssystematischen Gründen im Beitragsrecht geregelt.

Zu § 305

Absatz 1

Schon im geltenden Recht ist vorgesehen, daß bei Arbeitsunfähigkeit während der ersten drei Tage und so lange keine Beiträge zu entrichten sind, als die Kasse dem Versicherten Krankengeld zu gewähren hat oder Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt. Dies gilt nicht, solange der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält. An dieser Regelung wird auch in Zukunft festgehalten. Darüber hinaus ist vorgesehen, Beitragsfreiheit auch in den Fällen eintreten zu lassen, in denen ein anderer Träger der Sozialversicherung die in § 285 erwähnten Leistungen erbringt. Satz 2 gesteht auch den freiwillig Versicherten Beitragsfreiheit zu, solange sie Anspruch auf Krankengeld haben. Da bei freiwillig Versicherten, die ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, zu unterstellen ist, daß Einkommen während der Krankheit nicht ausfällt, ist es auch gerechtfertigt, während dieser Zeit Beiträge zu fordern.

Absatz 2

entspricht inhaltlich dem geltenden Recht.

Zu § 306

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 384 RVO). Es wird aber darauf verzichtet, der Satzung das Recht zu geben, die Beiträge nach Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abzustufen, weil dies, machte die Satzung von der Ermächtigung Gebrauch, zu nicht abzusehenden Streitigkeiten führen würde. Es wäre auch mit dem Gedanken der Solidarität der Versicherungsgemeinschaft nur schwer zu vereinbaren. Dagegen erscheint es gerechtfertigt, dem Arbeitgeber einen höheren Beitragsanteil aufzuerlegen, wenn in seinem Betrieb die Erkrankungsgefahr erheblich höher als im Durchschnitt der Kasse ist.

Zu § 307

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 318c RVO). Eine Pflicht zur Rückerstattung besteht auch dann nicht, wenn sich nachträglich herausstellt, daß die Festsetzung unzutreffend war.

Zu § 308

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, die Beiträge (den Beitragssatz) dann zu kürzen, wenn bei Arbeitsunfähigkeit eine Minderausgabe an Krankengeld entsteht, weil Entgelt fortgezahlt wird (§ 189 RVO). Die Frage, wie lange das Entgelt fortgezahlt werden muß, um eine Beitragskürzung zu rechtfertigen, soll von der Selbstverwaltung entschieden werden. Eine „entsprechende“ Beitragskürzung ist auch in den Fällen vorgesehen, in denen freiwillig Versicherte überhaupt keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder in denen der Anspruch auf Krankengeld bis zu vier Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ruhen kann.

Absatz 2

Das in § 227 Abs. 1 vorgesehene Ruhen der Leistungen soll in bestimmten Fällen ebenfalls eine Kürzung des Beitrages zur Folge haben. Diese Kürzung ist aber nur für die Dauer des Ruhens und nur dann vertretbar, wenn die Voraussetzungen des Ruhens mindestens drei Monate lang erfüllt sind.

Absatz 3

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 313 Abs. 6 RVO).

Zu § 309

Es entspricht dem geltenden Recht, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung die Verpflichtung zur Beitragszahlung für diejenigen Versicherten aufzuerlegen, die Arbeitslosengeld, Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe oder Stilllegungsvergütung erhalten. Unbefriedigend am geltenden Recht ist jedoch, daß die Barleistungen (Kranken-, Haus- und Taschengeld) den Krankenkassen von der Bundesanstalt zu erstatten sind. Diese Erstattungen verursachen nicht nur Verwaltungsaufwand, sie geben auch nicht die Gewißheit, ob die Kürzung des Beitragssatzes um ein Drit-

tel dem entspricht, was an Barleistungen tatsächlich aufgewendet wird. Vom Doppelten des wöchentlichen Arbeitslosengeldes für die Bemessung des Beitrages auszugehen, ist nicht mehr möglich, da der Entwurf sich allgemein vom Begriff des Grundlohnes gelöst hat. Unbefriedigend ist auch die bisherige Regelung für die Bezieher von Kurzarbeitergeld, weil insbesondere diejenigen Versicherten benachteiligt sind, die nicht unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld bezogen haben. Hinzu kommt der Verwaltungsaufwand für die Errechnung des Mehraufwandes und seine Erstattung durch die Bundesanstalt.

Die Neuregelung geht davon aus, daß für Empfänger des Hauptbetrages und die Empfänger von Stilllegungsvergütung die gleichen Grundsätze gelten müssen wie für die anderen Versicherungspflichtigen. Die Krankenkassen übernehmen für diese Personengruppe die vollen Leistungen (beim Krankengeld mit der Besonderheit, daß es in Höhe der jeweiligen Unterstützungsart zu zahlen ist). Die Bundesanstalt trägt die Beiträge nach dem Beitragssatz, der für Versicherte mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld gilt. Die Gruppe der Kurzarbeiter wird wie Mehrfachbeschäftigte behandelt. Zu den Beiträgen der Bundesanstalt, die berechnet werden, kommen die Beiträge, aus dem Kurzarbeiterlohn.

Um den angemessenen Beitrag für die Krankenversicherung der Hauptbetragsempfänger, der Empfänger von Stilllegungsvergütung und der Empfänger von Kurzarbeitergeld zu ermitteln, kann man von folgenden Erwägungen ausgehen:

1. Aus der Tabelle für das Arbeitslosengeld der Arbeitslosenversicherung läßt sich errechnen, daß das Arbeitslosengeld im Durchschnitt unter Einschluß der Familienzuschläge knapp 50 v.H. des vorher bezogenen Arbeitsentgelts ausmacht; dabei ist die Verteilung der Hauptbetragsempfänger nach dem der Unterstützung zugrunde liegenden früheren Arbeitsentgelt und nach der Zahl ihrer Familienangehörigen berücksichtigt. Die Sachleistungen für die Arbeitslosen aus der Krankenversicherung muß man in gleicher Weise wie die für die übrigen Versicherten in Rechnung stellen. Dagegen sind die Barleistungen geringer, da das Krankengeld für die Hauptbetragsempfänger in gleicher Höhe wie die bisherige Unterstützung gezahlt wird. Es stellt sich nach dem oben Gesagten nur auf knapp 50 v.H. des Arbeitsentgelts, während für die übrigen Versicherten das Krankengeld nach der Neuregelung im Durchschnitt 67 v.H. des Arbeitsverdienstes ausmachen wird. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der Krankengeldtage je 100 Arbeitslose nach den Verhältnissen von 1958 um etwa 20 v.H. unter der entsprechenden Verhältniszahl für die übrigen Pflichtmitglieder liegt. Die Verringerung der Aufwendungen für Barleistungen an Arbeitslose wirkt sich so aus, daß die durchschnittlichen Gesamtausgaben für diesen Personenkreis nur mit 89 v.H. der durchschnittlichen Ausgaben für die übrigen Versicherten anzusetzen sind. Dies entspricht dem 1,8fachen der ausgezahlten Arbeitslosengelder.

2. Der durchschnittliche Tabellensatz der Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe läßt sich mit 47,5 v.H. des Arbeitsverdienstes errechnen. Wegen der Anrechnungsvorschriften sind die tatsächlichen Unterstützungsbeträge jedoch niedriger; sie liegen bei durchschnittlich 40 bis 41 v.H. des zuletzt bezogenen Arbeitsentgeltes. Das Krankengeld für die Empfänger von Arbeitslosenhilfe ist demnach noch etwas niedriger als das Krankengeld der Empfänger von Arbeitslosengeld, andererseits sind aber die Morbiditätsverhältnisse der Empfänger von Arbeitslosenhilfe ungünstiger. Im ganzen ergibt sich, daß die Bemessungsgrundlage mit 86 v.H. des durchschnittlichen Arbeitsentgelts anzusetzen ist; dies entspricht dem 2,1fachen der ausgezahlten Arbeitslosenunterstützung.
3. Die Stilllegungsvergütung macht im Durchschnitt etwa 53 v.H. des früheren Arbeitsentgelts aus. Sie hat also eine ähnliche Höhe wie das Arbeitslosengeld. Es erscheint daher — auch zur Vereinfachung — angemessen, die Beiträge für Empfänger von Stilllegungsvergütung ebenfalls nach dem 1,8fachen der ausgezahlten Stilllegungsvergütung zu erheben.
4. Das Kurzarbeitergeld schwankt nach der Tabelle sehr erheblich, und zwar nach dem Familienstand der Arbeitnehmer, nach ihrem früheren Verdienst und nach dem Verdienstausschlag. Ein Durchschnittsbetrag läßt sich sehr schwer errechnen. Immerhin kann aber festgestellt werden, daß man auch hier zu einem angemessenen Ergebnis kommt, wenn die Beiträge nach dem 1,8fachen des ausgezahlten Kurzarbeitergeldes bemessen werden.

Zu § 310

Im geltenden Recht werden die Beiträge für die versicherungspflichtigen Rentenberechtigten in der Regel nach einem durchschnittlichen Grundlohn der einzelnen Kassenarten eines Landes errechnet (§ 385 Abs. 2 RVO). Diese Grundlöhne sind um 15 v.H. zu kürzen. Mit dieser Kürzung sollen die Kassen an den Kosten der Krankenversicherung der Rentner mit einer zumutbaren Quote beteiligt sein. Als Beitragssatz ist der um ein Drittel gekürzte Beitragssatz der versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten vorgeschrieben, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung ihres Gehaltes oder Lohnes haben (allgemeiner Beitragssatz). Die Kürzung um ein Drittel entsprach im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner dem Anteil der Barleistungen an den Gesamtausgaben. Sie war deswegen berechtigt, weil versicherungspflichtige Rentenberechtigte Kranken-, Haus- und Taschengeld nicht erhalten. Diese Kürzung führt aber dann zu ungerechtfertigten Ergebnissen, wenn sich der Anteil der Barleistungen an den Gesamtausgaben nach oben oder unten verschiebt, wie es z. B. nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle der Fall war.

Die neue Beitragsformel geht vom durchschnittlichen Arbeitsverdienst der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer der einzelnen Kasse (gekürzt um 15 v.H.) und dem Beitragssatz aus, der für die Mehrzahl der Versicherten gilt. Das ist bei den Angestellten-Ersatzkassen der Beitragssatz, der für versicherungspflichtige Arbeitnehmer ohne sofortigen Anspruch auf Krankengeld erhoben wird, bei allen übrigen Kassen der Beitragssatz für versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld. Die Wahl dieser für die Mehrheit der Versicherten geltenden Beitragssätze schließt die Festsetzung unangemessener Beitragssätze nur mit dem Zwecke, in der Rentnerkrankenversicherung hohe Beiträge zu erhalten, aus. Dieser Beitragssatz soll in dem Verhältnis gekürzt werden, in dem die Ausgaben für Krankengeld zu den Gesamtausgaben für Leistungen (ohne die Leistungen für versicherungspflichtige Rentner) im vorletzten Geschäftsjahr gestanden haben. Auf diese Weise ist nach den individuellen Verhältnissen der einzelnen Kasse sichergestellt, daß mögliche Verschiebungen im Verhältnis der Ausgaben für Krankengeld zu den Gesamtausgaben für Leistungen sich entsprechend auf den Beitragssatz auswirken, der für die Berechnung der Beiträge für die versicherungspflichtigen Rentenberechtigten maßgebend ist.

Wie bisher sollen die durchschnittlichen Arbeitsentgelte nach den Ergebnissen des 2. und 3. Vierteljahres des letzten Geschäftsjahres berechnet werden. Das Nähere über Einziehung und Abführung der Beiträge bleibt der Rechtsverordnung vorbehalten, zu der der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach § 323 Abs. 2 ermächtigt ist.

Zu § 311

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, die Rentenbewerber bis zur Zustellung des Rentenbescheides die Beiträge zunächst selbst tragen zu lassen, weil nicht sicher ist, ob der Rentenantrag auch zur Bewilligung einer Rente führt. Bei Bewilligung der Rente werden diese Beiträge von der zuständigen Krankenkasse dem Rentner zurückerstattet. Hier muß erwähnt werden, daß viele Krankenkassen darüber klagen, daß zahlungsunfähige Rentenbewerber, die in Fürsorgebetreuung stehen, die Beitragszahlung unterlassen und daß auch die Fürsorgebehörden sich weigern, diese Beiträge zu übernehmen, weil der Versicherungsschutz auch ohne Beitragszahlung besteht. Wird in diesen Fällen der Rentenantrag abgelehnt, so erhalten die Krankenkassen keine Beiträge, obwohl sie u. U. beträchtliche Leistungen erbringen mußten. Diese Entlastung der Fürsorge kann nicht Sache der Krankenversicherung sein. Es wird deshalb im Sozialhilfegesetz vorzusehen sein, daß in diesen Fällen die Fürsorgebehörden zur Zahlung der Beiträge verpflichtet sind.

Absatz 2

Da Hinterbliebenenrenten (Witwen- und Waisenrenten, letztere bis zur Vollendung des 18. Lebens-

jahres) mit Sicherheit gewährt werden, wenn der Verstorbene, von dem der Rentenberechtigte seine Hinterbliebenenrente ableitet, bereits Rentenbezieher war, braucht von diesen Versicherten für die Laufzeit des Rentenantrages keine Beitragszahlung gefordert zu werden. In diesen Fällen sollen die Träger der Rentenversicherung sofort die Beitragszahlung übernehmen.

Zu § 312

Absatz 1

Wie bisher haben freiwillig Versicherte ihre Beiträge selbst zu tragen. Auch für sie gilt, daß die Beiträge in Vomhundertsätzen ihres Gesamteinkommens, soweit es der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird, nach dem Mittelbetrag der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu erlassenden Lohnstufentabelle bemessen werden. Der Begriff „Gesamteinkommen“ ist so zu verstehen wie in § 175. Neu ist, daß die Satzung einen Mindestbeitrag festsetzen muß. Er gilt auch in den Fällen, in denen das Gesamteinkommen unter dem Betrag liegt, der für die Berechnung des Mindestbeitrages maßgebend ist. Damit soll sichergestellt werden, daß der Mindestbeitrag so festgesetzt wird, daß er in einem angemessenen Verhältnis zu den im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen steht.

Absatz 2

Diese Vorschrift ist neu. Sie berücksichtigt, daß Ehefrauen, die kein eigenes Einkommen beziehen, im allgemeinen zu niedrige Beiträge gezahlt haben. Deshalb soll künftig die Hälfte des Gesamteinkommens des anderen Ehegatten Beitragsbemessungsgrundlage sein. Unterschreitet es einen bestimmten Betrag, so haben auch diese Ehefrauen den Mindestbeitrag zu zahlen.

Zu § 313

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Der Klarstellung dient, daß während eines Wehr- oder Ersatzdienstes der Bund zur Beitragszahlung auch dann verpflichtet ist, wenn es sich dabei um Rentenbewerber oder Rentenbezieher, Arbeitslose oder freiwillig Versicherte handelt. Unter „Einberufung“ ist der Tag zu verstehen, zu dem „einberufen“ ist. Neu ist die Ermächtigung, die verwaltungsmäßig aufwendige Abrechnung der Beiträge durch eine pauschale Beitragsberechnung abzulösen.

Zu § 314

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht, ist aber, was die Fälligkeit der Beiträge angeht, klarer gefaßt. Daß die Satzung vorsehen kann, daß Abschlagszahlungen an den Lohnzahltagen des Betriebes zu leisten sind, entspricht einem praktischen Bedürfnis.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Neu ist lediglich, daß die Ersatzkasse mit dem Ar-

beitgeber die unmittelbare Abführung der Beiträge vereinbaren kann, wie es praktisch schon vielfach geschieht.

Absatz 3

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 315

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Diese Vorschrift bringt eine Anpassung an die gleichartigen Regelungen in den Gesetzen zur Neuordnung der Rentenversicherungen (vgl. § 1397 Abs. 2 RVO).

Absatz 3

Die Vorschrift soll gewährleisten, daß auch die Beiträge für Fehltage, die in voller Höhe vom Versicherten zu tragen sind, vom Arbeitgeber einbehalten und an die Kasse abgeführt werden können.

Absatz 4

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 520 Abs. 1 Satz 2 RVO).

Zu § 316

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Abweichungen beruhen auf der Notwendigkeit, die Vorschriften der Krankenversicherung an die der Rentenversicherungen anzupassen (vgl. § 1397 Abs. 2 RVO).

Zu § 317

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 403 RVO).

Zu § 318

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften entsprechen dem geltenden Recht (§ 397 RVO).

Absatz 3

Neu ist, daß die Vorschriften der Absätze 1 und 2 auch auf freiwillig Versicherte anzuwenden sind. Diese Ausdehnung ist notwendig, weil der Kasse durch die verspätete oder unterlassene Abmeldung erhebliche Mehrarbeit entstehen kann. Andererseits ist der Pflichtversicherte an der Abmeldung aus der freiwilligen Versicherung nicht interessiert, weil die Pflichtversicherung in jedem Falle die freiwillige Versicherung verdrängt, Nachteile wegen der unterlassenen Abmeldung also nicht entstehen können.

Zu § 319

Absatz 1

Die Vorschrift ist den entsprechenden Regelungen in den Gesetzen zur Neuordnung des Rechts der Rentenversicherungen angeglichen, im übrigen geltendes Recht (§ 397a, § 1400 Abs. 3 RVO).

Absatz 2

entspricht der Nr. 1 und Nr. 4 des Erlasses des RAM vom 18. Juni 1940 zu § 397a RVO letzter Satz.

Absatz 3

Diese Vorschrift ist neu. Sie berücksichtigt, daß auch die Ersatzkassen Einzugsstellen für die Beiträge zu den Rentenversicherungen und zur Arbeitslosenversicherung sind.

Zu § 320

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht mit der Abweichung, daß die Anordnung anstelle des Versicherungsamtes von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu erlassen ist (§ 398 RVO).

Absatz 2

Die öffentliche Bekanntmachung soll in Erweiterung des bisherigen Rechts, das nur den Aushang der Bekanntmachung im Betrieb vorsah, sicherstellen, daß jeder Arbeitnehmer von der Anordnung erfährt, auch wenn der Aushang im Betrieb unterbleibt. Neu ist ferner, daß die Kasse ihre eigenen Bediensteten an den Lohnzahltagen in die Betriebe entsenden kann.

Absatz 3

Beide Vorschriften sind auf Ersatzkassen nicht anwendbar, da bei ihnen — abgesehen von den Fällen abweichender Vereinbarungen, die aufgehoben werden können — der Versicherte zahlungspflichtig ist.

Zu § 321

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 319 und 404 Abs. 4 RVO). Die Amtshilfeverpflichtung bei Vollstreckungsmaßnahmen wird auf Kassen der gleichen Art beschränkt, um die Ortskrankenkassen vor einseitiger Belastung durch Amtshilfemaßnahmen zu schützen.

Zu § 322

Die Vorschrift ist neu. Sie soll der Vorstellung bei den Versicherten entgegenwirken, daß die insgesamt an die Krankenkassen abzuführenden Beiträge nur Krankenkassenbeitrag seien. Die Beitragsaufteilung kann entweder dadurch sichtbar gemacht werden, daß der auf die Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung entfallende Beitrag im einzelnen aufgeführt wird oder — das gilt insbesondere für Arbeitgeber mit einer großen Zahl von Beschäftigten — die Beitragssätze angegeben werden, die von den einzelnen Versicherungszweigen erhoben werden.

Zu § 323

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, daß den Krankenkassen für die Einziehung und Abführung der Beiträge eine Vergütung zu gewähren ist (§ 1434 RVO, § 156 AVG, § 162 AVAVG). Eine Vergütung

ist in anderen Gesetzen jedoch nicht immer vorgesehen (es fehlt z. B. eine gesetzliche Regelung für eine Vergütung für den Umtausch der Versicherungskarten). Diese Lücke wird jetzt geschlossen. Die Vorschrift ist aus sachlichen Gründen im Zweiten Buch vorzusehen, weil nach allgemein geltenden Grundsätzen derjenige die Kosten festsetzt, der eine Dienstleistung für einen anderen zu erbringen hat.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Sie ist ergänzt um die Möglichkeit, auch für die Zahlung der Beiträge der versicherungspflichtigen Arbeitslosen Verwaltungsvorschriften zu erlassen.

Zu § 324

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 318 a RVO und Erlaß vom 2. Februar 1943 (AN 1943 S. 55).

Absatz 1

Im Interesse der Versicherten, der Krankenkassen und der beteiligten Versicherungszweige, für die die Krankenkassen die Beiträge einziehen, kann nicht darauf verzichtet werden, bei den Arbeitgebern die Beitragsberechnung und -abführung zu überprüfen. Da Beitragsforderungen innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit verjähren, sollen diese Prüfungen mindestens alle 2 Jahre stattfinden. Die Betriebsprüfung beschränkt sich nicht nur auf die Berechnung und Abführung der Beiträge zu den einzelnen Versicherungszweigen; sie schließt auch die Prüfung ein, ob die Beschäftigungszeiten und Entgelte richtig in die Versicherungskarten eingetragen sind.

Absatz 2

Die Ermächtigung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Betriebsprüfungen zu erlassen, soll einem etwaigen Bedürfnis nach bundeseinheitlichen Vorschriften über Art und Umfang der Prüfungen Rechnung tragen.

Zu § 325

Absatz 1

Seitdem die Krankenkassen Einzugsstellen auch für die Beiträge der Rentenversicherungen und der Arbeitslosenversicherung sind, laufen Bemühungen, die Betriebsprüfungen zeitlich so abzustimmen, daß für alle Versicherungszweige gemeinsam geprüft wird. Damit soll einer übermäßigen Belastung der Arbeitgeber vorgebeugt werden, die u. U. in kurzen Zeitabständen von Steuerprüfern, von Prüfern der Krankenkassen, des Arbeitsamtes und der zuständigen Rentenversicherungsträger aufgesucht werden. Das dem Grunde nach berechnete Anliegen der beteiligten Versicherungszweige, die Betriebsprüfungen selbst durchzuführen, kann und soll nicht beschnitten werden. Es soll aber bereits im Gesetz

zum Ausdruck kommen, daß derartige Prüfungen gemeinsam durchgeführt werden sollen.

Absatz 2

Es kann der Vereinbarung der beteiligten Prüfstellen überlassen bleiben, sich über Ort und Zeit der Prüfung zu verständigen.

Absatz 3

Eine Verständigung nach Absatz 2 kann entweder dazu führen, daß die beteiligten Versicherungszweige sich abstimmen, welche Betriebe von ihnen für die anderen mitgeprüft werden oder es kann auch die gemeinsame Prüfung vereinbart werden.

Absatz 4

Die beteiligten Versicherungszweige sollen bei besonderen Anlässen auch die Möglichkeit haben, die Durchführung außerordentlicher Prüfungen zu verlangen.

Absatz 5

Diese Vorschrift gibt die Möglichkeit, dem Arbeitgeber die Kosten der Prüfung ganz oder teilweise aufzuerlegen, wenn er sie durch Pflichtversäumnis verschuldet hat. Das Pflichtversäumnis kann z. B. darin liegen, daß er für die Durchführung der Versicherung erforderliche Meldungen nicht oder unvollständig abgibt.

Zu § 326

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 318a RVO). Neu ist, daß die Unterlagen auch an einer von der Kasse bestimmten Stelle vorzulegen sind. Damit wird eine Vereinfachung der Prüfung ermöglicht, die vor allem bei der Prüfung von Kleinbetrieben einem praktischen Bedürfnis entspricht. Die Auskunftspflicht der Versicherten wird erweitert auf Auskünfte über Tatsachen, die für die Gewährung der Familienhilfe von Bedeutung sind. Dies ist wegen der in § 216 vorgesehenen Änderungen notwendig.

Zu § 327

Diese Vorschrift entspricht einem praktischen Bedürfnis. Ihm war bisher lediglich in Grundsätzen des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen zur Durchführung von Betriebsprüfungen zugunsten auswärtiger Ortskrankenkassen entsprochen (DOK 1939 S. 85).

Zu § 328

Diese Vorschrift entspricht § 1427 Abs. 3 RVO und § 149 Abs. 3 AVG.

Zu § 329

Absatz 1

Die Tatsache, daß die Beiträge zur Sozialversicherung insgesamt eine Höhe erreicht haben, die nach maßgeblicher Ansicht ohne Gefahr für unsere Wirtschaft nicht überschritten werden darf, läßt es an-

gezeigt erscheinen, die Kassen zu verpflichten, Mehr- und Ermessensleistungen (Kannleistungen) dann nicht mehr zu gewähren, wenn 10 v.H. als Beitragssatz nicht mehr ausreichen, die Ausgaben zu decken.

Absatz 2

Die Ortskrankenkasse ist nach wie vor die zuständige Kasse, wenn andere Kassen nicht vorhanden sind, aufgelöst oder geschlossen werden. Diese primäre Zuständigkeit erfordert es, einen Garantieträger vorzusehen, der mit Zuschüssen eintritt, wenn die Gefahr besteht, daß die wirtschaftliche Kraft der Kasse nicht mehr ausreicht, um die notwendigen Ausgaben zu decken. Der Entwurf geht davon aus, daß die Leistungsfähigkeit einer Versicherten-gemeinschaft bei einem Beitragssatz von 12 v.H. aufs Äußerste angespannt ist. Als Garantieträger ist die Gemeinde vorgesehen, da auf sie im Falle der Bedürftigkeit eines Versicherten die Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhilfe zukommen würde, wenn die staatliche Zwangsversicherung nicht vorhanden wäre.

Zu § 330

Die Vorschrift soll gewährleisten, daß die Mitglieder der aufnehmenden Kassen nicht zusätzlich noch mit den Fehlbeträgen belastet werden, die bei Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen verbleiben.

Zu § 331

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 391 RVO). Es wird jedoch von Gesetzes wegen angeordnet, daß Mehr- und Ermessensleistungen solange nicht gewährt werden dürfen, bis die Organe die Erhöhung der Beiträge durch Satzungsänderung beschlossen haben und die Aufsichtsbehörde diese Satzungsänderung genehmigt hat. Damit soll erreicht werden, daß die für die Beitragserhöhung zuständigen Organe ihre Beschlüsse mit der gebotenen Beschleunigung fassen.

Zu § 332

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 392 RVO). Da die Rücklage in einer Höhe festgesetzt ist, die für die vorgesehene Zweckbestimmung ausreicht, und die wichtigsten Leistungen durch Gesetz festgelegt sind (Höhe und Dauer des Krankengeldes, Dauer der Krankenhauspflege), soll, wenn die Einnahmen die Ausgaben übersteigen, nur eine Beitragsermäßigung in Betracht kommen.

Zu § 333

Das Bedürfnis, die Rechnungsergebnisse und Statistiken auf Bundesebene zusammenzufassen, macht es notwendig, um die Vergleichbarkeit der Werte sicherzustellen, das Haushaltswesen, die Buch- und Rechnungsführung sowie die Aufstellung von Statistiken bundeseinheitlich zu regeln.

Zu § 334

In welcher Höhe Betriebsmittel zur Verfügung stehen müssen, war bisher gesetzlich nicht vorgeschrieben. Diese Lücke wird nunmehr geschlossen.

Zu § 335

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 363, 364, 364a RVO).

Absatz 1

Auf Rücklagen können die Krankenkassen, bei denen wegen der Eigenart des abzudeckenden Risikos jederzeit unvorhergesehene Ausgaben entstehen können, nicht verzichten. Die im Vergleich zu den anderen Kassenarten wesentlich höhere Rücklage bei den Ersatzkassen soll die Gefahr persönlicher Haftung der Mitglieder, wie sie § 330 vorsieht, verringern.

Absatz 2

Die Rücklage derart zu spalten, daß sie zur Hälfte dort verbleibt, wo sie aufgebracht wird und zur anderen Hälfte beim Landesverband gebildet wird, entspricht wirtschaftlichen und verwaltungsmäßigen Überlegungen. Nur die Kassen, die keinem Landesverband angehören, sollen ihre Rücklagen selbst bilden.

Absatz 3

Soweit Rücklagen nicht vorhanden sind, sollen sie beschleunigt gebildet werden. Deshalb erscheint es zweckmäßig, aber auch ausreichend, 2 v. H. der im Haushaltsplan vorgesehenen Beitragseinnahmen an die Rücklage abzuführen. Die Abführungsquote verringert sich auf 1 v.H., wenn die Rücklage zur Hälfte aufgefüllt ist.

Zu § 336

Sowohl die Rücklagen bei den Landesverbänden wie die bei den Kassen gebildeten Rücklagen sind als Sondervermögen zu verwalten. Dabei ist davon ausgegangen, daß die Rücklagen der einzelnen Kassen bei den Landesverbänden als Gemeinschaftsvermögen und nicht als Vermögen der einzelnen Kasse angelegt werden.

Zu § 337

Diese Vorschriften ergeben sich aus dem Charakter des Rücklagevermögens als Gesamtvermögen. Sie entsprechen im übrigen dem geltenden Recht (§ 364b RVO).

Zu § 338

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 364c RVO). Damit die Rücklage nicht für Zwecke verwendet wird, für die sie nicht gedacht ist (z. B. um eine vorübergehend notwendige Beitragserhöhung zu umgehen), soll die Verfügung über das Rücklageguthaben von der Genehmigung der Aufsichtsbehörde abhängig sein.

Zu § 339

Die Vorschrift entspricht § 338.

Zu § 340

Die Vorschrift ist neu. Seit Jahrzehnten, insbesondere aber seit 1946, sind den Krankenkassen in immer größerem Umfange Auftragsangelegenheiten übertragen worden (Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes, des Mutterschutzgesetzes, des Heimkehrergesetzes, des Häftlingshilfegesetzes usw.), ohne daß ihnen immer für die entstandenen Aufwendungen und Verwaltungskosten voller Ersatz geleistet wird. Damit werden die Beiträge der Versicherten zweckfremd verwendet. Die Vorschrift gibt nicht nur eine Begriffsbestimmung der Auftragsangelegenheit, sie stellt zugleich sicher, daß die entstandenen Aufwendungen zuzüglich Verwaltungskosten zu ersetzen sind.

Zu § 341

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 363a Abs. 1 RVO). Den Krankenkassen soll weiterhin das Recht gegeben sein, die Krankenpflege für Fürsorgempfinger zu übernehmen, wenn die Fürsorgebehörden es beantragen. Hier bedarf es nicht einer Rechtsverordnung wie zu § 340 Abs. 2, weil sich die Ersatzleistung zwischen Fürsorgebehörden und Krankenkassen seit Jahrzehnten zur Zufriedenheit der Beteiligten eingespielt hat.

Zu § 342

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 416 RVO). Die Formulierung deutet darauf hin, daß die im 6. Abschnitt vorgesehenen Besonderheiten an die Stelle der entsprechenden Vorschriften in den vorausgegangenen fünf Abschnitten treten oder zu diesen hinzukommen.

Zu § 343

1. Im bisherigen Recht gilt als wichtigste Besonderheit für die Versicherung der Hausgehilfen, daß sie Anspruch auf die sogenannte „erweiterte Krankenpflege“ haben. Diese beinhaltet praktisch den Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege. Da der Entwurf allgemein einen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege vorsieht, braucht diese Besonderheit für Hausgehilfen nicht länger aufrecht erhalten zu werden. Auch alle übrigen Besonderheiten des geltenden Rechts entsprechen nicht mehr den Zielsetzungen des Entwurfs.
2. Nach geltendem Recht gehören Hausgehilfen grundsätzlich in die Landkrankenkasse. Daran hält auch der Entwurf fest. Es soll aber andererseits von einem Arbeitgeber, der daneben Arbeitnehmer beschäftigt, für die eine andere Kasse zuständig ist, nicht verlangt werden, daß er mit zwei oder mehreren Kassen abrechnet. Deshalb sollen in diesen Fällen auch die Hausgehilfen bei der Kasse versichert sein, bei der die anderen Arbeitnehmer zwangsversichert sind.

Zu § 344

Die Versicherung der „unständig Beschäftigten“ ist in den §§ 441 ff. RVO geregelt. Die Gültigkeit dieser Vorschriften ist jedoch zweifelhaft, weil sie in ihrer Gesamtheit durch Artikel 15 der Ersten Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts vom 17. März 1945 aufgehoben worden sind. Zwar hat die SVD Nr. 4 für die Länder der ehemaligen britischen Besatzungszone den Artikel 15 der genannten Verordnung wieder aufgehoben. Damit sind die alten Rechtsvorschriften aber nicht wieder in Kraft getreten.

Da die Verhältnisse bei den unständig Beschäftigten sachlich und örtlich sehr verschieden sind, erscheint eine bundeseinheitliche Gesamtregelung nicht angezeigt. Der Entwurf beschränkt sich daher auf Rahmenvorschriften über Beginn und Ende der Mitgliedschaft und die Kassenzugehörigkeit. Alles nähere soll Regelungen der Landesgesetzgebung überlassen bleiben.

Der besondere Charakter der unständigen Mitgliedschaft, die auf Antrag beginnt, schließt nicht aus, daß sie bei Aufgabe der unständigen Beschäftigung freiwillig fortgesetzt werden kann.

Zu § 345

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 459 RVO). An Stelle der zahlenmäßigen Anmeldung wird jedoch die namentliche Anmeldung gefordert.

Zu § 346

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 460 RVO).

Zu § 347

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 461 RVO).

Zu § 348**Absatz 1**

Die Vorschrift bezweckt die Gleichstellung des Versicherten, der im Wandergewerbe tätig ist, mit den übrigen Versicherten. Nur dann, wenn sich aus dem Einzelvertrag kein höheres Arbeitsentgelt ergibt, wird bei der Bemessung der Beiträge und Leistungen dieser Versicherten von einem Arbeitsentgelt von 150 DM im Monat ausgegangen. Die Festsetzung eines Mindestentgelts für die Beitrags- und Leistungsbemessung erscheint angesichts der Schwierigkeit einer Nachprüfung des erzielten Arbeitsentgelts erforderlich.

Absatz 2

Für die Berechnung des Krankengeldes gelten die allgemeinen Vorschriften. Als Besonderheit war vorzusehen, daß die für den Aufenthaltsort zuständige Landkrankenkasse oder Ortskrankenkasse kraft Gesetzes zur Auszahlung des Krankengeldes verpflichtet ist.

Zu § 349

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 464 RVO).

Zu § 350

Im Gegensatz zum Heimarbeitsgesetz kennt die Reichsversicherungsordnung nur den Begriff „Hausgewerbetreibende“ (§ 162 RVO). Diese Vorschrift gibt aber keine umfassende Begriffsbestimmung, sondern hebt nur einige Merkmale hervor, die beim Hausgewerbetreibenden erfüllt sein müssen. Aus dieser Abweichung vom Heimarbeitsgesetz haben sich in der Vergangenheit Zweifel und Streitigkeiten ergeben, die von der Rechtsprechung entschieden werden mußten. Danach kann zur Zeit der Hausgewerbetreibende im Sinne des § 162 RVO als eine Zwischenstufe zwischen den unselbständigen Arbeitnehmern und dem für eigene Rechnung arbeitenden Gewerbetreibenden aufgefaßt werden (vgl. hierzu „Die Arbeiterversorgung“ 1943 S. 115). Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 16. April 1940 (AN 1940 S. II 245) ist die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes zu § 162 RVO von der abweichenden Begriffsbestimmung des Heimarbeitsgesetzes von 1942 nicht beeinflußt worden. Das gilt auch in bezug auf das Heimarbeitsgesetz vom 14. März 1951. Demnach werden gegenwärtig, wenn die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen vorliegen, diejenigen Personen versicherungsrechtlich als Hausgewerbetreibende behandelt, die im Sinne des Heimarbeitsgesetzes als Heimarbeiter bezeichnet sind (§ 2 Abs. 1). Die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung bietet Gelegenheit, die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen, die sich auf dem Gebiete des Arbeits- und des Sozialversicherungsrechts herausgebildet haben, zu vereinheitlichen. Da das Heimarbeitsgesetz die umfassendsten und seit Jahren in der Praxis verwendeten Begriffsbestimmungen enthält, liegt es nahe, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Begriffsbestimmungen des Heimarbeitsgesetzes abzustellen (s. hierzu § 166 Abs. 1 Nr. 2).

Für die Durchführung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden gelten die Vorschriften der §§ 466 bis 475a RVO. Nach § 466 RVO ist die Versicherung durch Statut der Gemeinden oder kommunaler Verbände geregelt, das der Zustimmung des Oberversicherungsamtes bedarf. Die Versicherung kann auch in der Satzung der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse geregelt sein (§ 467 RVO). An diesen unterschiedlichen Regelungen festzuhalten, besteht kein Bedürfnis mehr, nachdem die arbeitsrechtlichen Verhältnisse der in Heimarbeit Beschäftigten im Heimarbeitsgesetz so geregelt sind, daß sie auch für die gesetzliche Krankenversicherung eine einheitliche Regelung zulassen.

§ 350 des Entwurfs lehnt sich weitgehend an das geltende Recht an, wenn er bestimmt, daß die in Heimarbeit beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Ortskrankenkasse ihrer Betriebsstätte versichert sind (§ 154 Abs. 2, § 470 RVO). Diese Regelung entspricht der Besonderheit, daß der Arbeit-

geber (Auftraggeber) häufig außerhalb des Bezirkes der Kasse wohnt, in welchem sich die Betriebsstätte der Beschäftigten befindet. Satz 2 stellt sicher, daß auch dann nur eine Kasse für die Durchführung der Versicherung zuständig bleibt, wenn der in Heimarbeit Beschäftigte mehrere Betriebsstätten hat, die in Bezirken verschiedener Ortskrankenkassen liegen.

Zu § 351

Die Vorschrift regelt die Meldepflicht der Auftraggeber. Damit wird die zuständige Kasse überhaupt erst in die Lage versetzt, die Versicherung durchzuführen. Satz 2 stellt klar, daß der Auftraggeber alle Pflichten zu erfüllen hat, die in den allgemeinen Vorschriften dem Arbeitgeber auferlegt sind (Auskunfterteilung, Anzeige bei Änderungen, die das Versicherungsverhältnis berühren, Vorlage der Bücher usw.).

Die Möglichkeit, daß in Heimarbeit Beschäftigte für verschiedene Auftraggeber gleichzeitig oder nacheinander tätig sind, macht es erforderlich, das Ende der Beschäftigung bei einem Auftraggeber dann anzunehmen, wenn innerhalb einer Woche keine weiteren Aufträge erteilt werden sollen.

Zu § 352**Absatz 1**

Die Verpflichtung der Auftraggeber, den in Heimarbeit Beschäftigten Entgeltbücher auszuhändigen, die bei den Beschäftigten verbleiben und in die bei jeder Ausgabe und Abnahme von Arbeit Art und Umfang der Arbeit, die Entgelte und der Tag der Ausgabe und der Lieferung einzutragen sind, sichert der Kasse die für die Durchführung der Versicherung unerläßlichen Angaben. Monatliche Vorlage der Entgeltbücher genügt. Das Nähere bestimmt die Satzung der Kasse, die mit der Vorlage der Entgeltbücher auch die Beitragszahlung vorschreiben kann (Absatz 4).

Absatz 2

Satz 1 verpflichtet den in Heimarbeit Beschäftigten, den auf ihn entfallenden Beitragsanteil monatlich selbst zu zahlen. Diese Vorschrift ist insbesondere deshalb notwendig, weil nur der Versicherte selbst feststellen kann, ob die in einem Kalendermonat in die Entgeltbücher eingetragenen Entgelte die Beitragbemessungsgrenze überschreiten (660 DM monatlich). Beim Auftraggeber kann diese Tatsache deshalb nicht festgestellt werden, weil der Heimarbeiter oft für mehrere Auftraggeber tätig ist. Deshalb muß von jedem Auftraggeber verlangt werden, daß er Beiträge nach dem Entgelt abführt, das bei ihm im Kalendermonat verdient worden ist. Das über 660 DM liegende Entgelt bleibt nur beim einzelnen Auftraggeber außer Betracht.

Absatz 3

Mit der Ermächtigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß die Entgelte, aus denen der Beitrag zu berechnen ist, um bestimmte Vomhundertsätze

zu kürzen sind, wird der Tatsache Rechnung getragen, daß die Unkosten bei Hausgewerbetreibenden und Zwischenmeistern je nach der Zahl der von ihnen beschäftigten Hilfskräfte und der Art ihrer Arbeit unterschiedlich sind. Diese Unkosten sollen versicherungsrechtlich nicht als Einkommen behandelt werden.

Zu § 353

Die unterschiedlichen Verdienstverhältnisse der in Heimarbeit Beschäftigten lassen es angezeigt erscheinen, für die Bemessung der Leistungen und der Zuzahlung bei Krankenhauspflege einen längeren Ausgangszeitraum zu wählen, weil damit ein gerechter Durchschnittsbetrag zustande kommt. Als ein solcher Zeitraum kann nach den Erfahrungen ein 3-Monatszeitraum angesehen werden. Auch hierfür bietet das Entgeltbuch eine ausreichende und zuverlässige Grundlage.

Zu § 354

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Es gibt im geltenden Recht keine Vorschrift darüber, welcher Beitrag für Lehrlinge ohne Entgelt zu erheben ist. Diese Lücke wird nunmehr geschlossen. Da nicht vorgeschrieben ist, daß die Beiträge nach der niedrigsten Lohnstufe zu erheben sind, bleibt der Satzung die Wahl der Lohnstufe überlassen. Für die Einstufung werden vergleichbare Beschäftigte mit Entgelt maßgebend sein.

Zu § 355

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 165 Abs. 3 RVO).

Zu § 356

Seit dem Jahre 1945, als die deutsche Seeschifffahrt still lag, haben viele deutsche Seeleute, um der Arbeitslosigkeit zu entgehen, auf ausländischen Schiffen angeheuert. Diese deutschen Seeleute sollten den Schutz der Sozialversicherung nicht entbehren. Deshalb hat die Seekrankenkasse die hier vorgesehene Regelung seit Jahren ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung angewendet. Dieser Übung soll nunmehr die gesetzliche Grundlage gegeben werden.

Zu § 357

In § 171 Abs. 2 ist vorgesehen, daß die freiwillige Weiterversicherung innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende der Versicherungspflicht erklärt werden muß. Diese Frist soll auch für Seeleute gelten. Da jedoch die Versicherungspflicht im Ausland enden kann, beginnt der Lauf der Frist in den Fällen, in denen das Besatzungsmitglied einen Rückbeförderungsanspruch nach § 72 des Seemannsgesetzes hat, erst mit der Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzes.

Zu § 358

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 478 Abs. 1 RVO).

Zu § 359

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 479 RVO).

Zu § 360

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 480 Abs. 1 RVO).

Zu § 361

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 481 RVO). Anregungen der Verwaltungspraxis folgend, sind die im geltenden Recht enthaltenen Einschränkungen dieser Leistung beseitigt worden. Der letzte Satz stellt klar, was bisher zweifelhaft war, daß diese Art der Unterbringung der Krankenhauspflege gleichzustellen ist, daß also nebenher das gekürzte Krankengeld gezahlt wird.

Zu § 362

Absätze 1 bis 3

Diese Vorschriften entsprechen dem geltenden Recht (§ 487 RVO).

Absatz 4

Nach § 42 des Seemannsgesetzes hat das Besatzungsmitglied während seines Aufenthalts an Bord oder außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes im Falle einer Erkrankung oder Verletzung Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders. Ein ähnlicher Anspruch ist Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber eingeräumt, wenn sie bei Tätigkeiten im Ausland erkranken (§ 231 des Entwurfes). Während jedoch im geltenden Recht der Arbeitgeber gegen die Krankenkasse für die entstandenen Aufwendungen einen Ersatzanspruch hat (§ 222 RVO), fehlt eine entsprechende Vorschrift für den Reeder. Dies erscheint nicht gerechtfertigt. Mit der Möglichkeit, durch die Satzung eine Pauschalerstattung vorzusehen, soll einer Verwaltungsvereinfachung Raum gegeben werden. Die Kosten der Krankenfürsorge, die der Reeder an Bord erbringt, sollen dagegen nicht erstattungsfähig sein.

Zu § 363

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 493b RVO).

Es handelt sich um den Personenkreis, der im § 7 des Seemannsgesetzes aufgeführt ist, also nicht zur Besatzung des Seefahrzeuges gehört.

Zu § 364

Die Vorschrift entspricht zusammen mit § 365 des Entwurfs im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 483, 485 RVO).

Zu § 365

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 486 RVO).

Zu § 366

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 167 RVO).

Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und ausländischen Arbeitgebern, nach denen der Arbeitgeber die nach deutschem Recht bestehenden Verpflichtungen übernimmt (An- und Abmeldung, Beitragszahlung), werden durch diese Vorschrift nicht berührt.

Zu § 367

Der Entwurf lehnt sich bei der Neuregelung des Verbänderechts weitgehend an das geltende Recht an. Das gilt vor allem für die Art der Zusammenschlüsse. Auch künftig sollen lediglich drei Verbandsformen zulässig sein: Bezirksverbände, Landesverbände und Bundesverbände der Krankenkassen. Die Ausgestaltung dieser Verbandsformen hat sich bewährt und allen Anforderungen genügt, die in der Vergangenheit an sie gestellt worden sind. Die Verbandsformen der Krankenkassen sind im Siebenten Abschnitt abschließend geregelt. Die Kassen können daher über die hier festgelegten Zusammenschlüsse hinaus andere Zusammenschlüsse in Verbandsform nicht bilden.

Die Bildung von Sektionen (§ 415 bis § 415b RVO) ist künftig nicht mehr zugelassen, da ein Bedürfnis hierzu nicht besteht.

Absatz 1

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Aufgaben, die aus Gründen der Einheitlichkeit, der Sparsamkeit und der Verwaltungsvereinfachung zweckmäßigerweise von den Kassen gemeinschaftlich erledigt werden. Da oft besondere örtliche Verhältnisse eine sachgemäße Erledigung dieser Aufgaben durch einen größeren Verband nicht zulassen, sieht der Entwurf neben der Bildung von Landes- und Bundesverbänden vor, daß sich Kassen mit dem Sitz innerhalb des Bezirks einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises auch zu „Bezirksverbänden“ zusammenschließen können. Das entspricht dem geltenden Recht (§ 406 Abs. 1 RVO). Um auch Kassen mit dem Sitz außerhalb eines solchen Bezirks an der Wahrnehmung gemeinschaftlicher Aufgaben zu beteiligen, sieht Satz 2 für solche Kassen eine Beitrittsmöglichkeit zu den Bezirksverbänden vor, wenn diese Kassen Verwaltungs- oder Geschäftsstellen innerhalb des Bezirks unterhalten.

Absatz 2

Nach geltendem Recht (§ 411 Abs. 2 RVO) können die Vertreterversammlungen der beteiligten Kassen die Auflösung eines Verbandes beschließen. Es entspricht der Stellung eines Bezirksverbandes als öffentlich-rechtliche Körperschaft, die Entscheidung über die Auflösung des Verbandes künftig durch das zuständige Organ des Verbandes beschließen zu

lassen. Eine Vertreterversammlung ist, um die Aufgaben des Verbandes und seine Verwaltung einfach und ohne großen Kostenaufwand durchführen zu können, nicht vorgesehen. Einziges Verbandsorgan ist der Vorstand, der daher die Auflösung beschließen kann. Da die Zugehörigkeit zu einem Bezirksverband für die einzelnen Kassen freiwillig ist, sieht Satz 2 anders als das geltende Recht (§ 411 Abs. 1 RVO) ein jederzeit zulässiges form- und fristloses Ausscheiden einer Kasse aus dem Verband vor.

Absatz 3

Wie nach geltendem Recht kann es wegen besonderer örtlicher Verhältnisse zweckmäßig sein, einen Bezirksverband ausnahmsweise mit größerem Wirkungsbereich als in Absatz 1 vorgesehen, zu bilden. Das soll auch künftig mit Zustimmung der für Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zulässig sein.

Absatz 4

Die Aufgaben der Bezirksverbände erfordern, diesen die Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts zu verleihen.

Zu § 368**Absatz 1**

Abweichend vom geltenden Recht (§ 408 Satz 1 RVO) stellt der Vorstand des Bezirksverbandes die Satzung auf. Das ergibt sich aus seiner Stellung als einzigem Organ der Körperschaft. Die Vorschriften über den Inhalt der Satzung entsprechen im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 409 RVO) und sind aus Gründen der Gesetzeseinheitlichkeit weitgehend den Bestimmungen, die für Kassen gelten, angeglichen.

Nr. 3

Im Hinblick auf die Aufgaben des Verbandes ist es erforderlich, auch Vorschriften über die Vermögenseinwanderung und die Haftung für Verbindlichkeiten bei Auflösung des Verbandes oder bei Ausscheiden einzelner Kassen vorzusehen. Die Regelungen hierüber soll die Satzung treffen.

Absatz 2

Da für die Vereinbarkeit des Satzungsinhalts mit dem Gesetzesrecht und für die Genehmigung der Satzung und ihre Änderungen nichts anderes gelten kann wie für die im Verband zusammengeschlossenen Kassen selbst, ist die entsprechende Anwendung der für die Kassen geltenden Vorschriften vorgesehen. Das entspricht auch dem geltenden Recht (§§ 25, 408 RVO).

Zu § 369**Absatz 1**

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 407 RVO. Von den dort angeführten Aufgaben sollen lediglich die in Nr 3, 6 und 7 bezeichneten den Bezirksverbänden vorbehalten bleiben. Für die Zuweisung der übrigen

gen in § 407 RVO angeführten Aufgaben besteht künftig kein Bedürfnis. Als eine neue Aufgabe tritt die Prüfung der den Kassen eingereichten Verordnungsblätter hinzu. Das erscheint zweckmäßig, um unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse innerhalb eines Bezirkes einheitliche Maßstäbe bei diesen Prüfungen zu gewährleisten.

Dem Grundsatz der Freiwilligkeit beim Zusammenschluß der Kassen zu Bezirksverbänden entspricht es, der einzelnen Kasse zu überlassen, welche Aufgaben sie auf den Verband übertragen will und andererseits in das Ermessen des Bezirksverbandes zu stellen, welche Aufgaben er übernehmen will. Damit der Verband mit Wirkung für und gegen die einzelne Kasse tätig werden kann, ist die Erteilung einer Vollmacht durch die Kasse erforderlich. Damit wird zugleich zum Ausdruck gebracht, daß die Kassen nicht gezwungen sind, sämtliche in Absatz 1 Nr. 1 bis 4 aufgeführten Aufgaben zu übertragen. Der Kasse soll vielmehr überlassen bleiben, ob sie einzelne der hier angeführten Aufgaben selbst erledigen will.

Absatz 2

Da die Verhältnisse in einzelnen Ländern unterschiedlich sind und den Kassen ermöglicht werden soll, noch andere Aufgaben den Verbänden zu übertragen, sieht die Vorschrift die Übernahme anderer, nicht in Absatz 1 genannter Aufgaben durch die Bezirksverbände vor, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes zustimmt.

Zu § 370

Die angeführten Vorschriften gelten unmittelbar nur für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Da für den Erwerb von Grundstücken, der Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und Eigenbetrieben, der Rechts- und Amtshilfpflicht, der Vollstreckung und des Auslagenvorschusses, der Bestellung von Vollziehungs- und Vollstreckungsbeamten und der Verwaltung der Mittel für die Bezirksverbände nichts anderes gelten kann als für die Kassen selbst, ist die entsprechende Anwendung der für die Kassen geltenden Vorschriften vorgesehen (vgl. § 413 Abs. 2 RVO, § 408 Abs. 2 RVO).

Zu § 371

Die Vorschrift entspricht § 414 Abs. 1 und 2 RVO. Die in § 414 Abs. 1 Satz 3 RVO vorgesehene Bestimmung, daß andere Träger der Krankenversicherung den Landesverbänden beitreten können, ist nicht mehr aufgenommen, da ein Bedürfnis hierzu nicht besteht.

Zu § 372

Absatz 1

entspricht § 414 Abs. 3 Satz 1 RVO.

Absatz 2

entspricht § 414 Abs. 3 Satz 2 RVO. Es erscheint zweckmäßig, die See-Krankenkasse wegen ihres

besonderen Charakters und ihres über das ganze Bundesgebiet gestreuten Mitgliederkreises dem Bundesverband der Ortskrankenkassen anzuschließen, zumal mit den Ortskrankenkassen in der Regel auch eine Leistungshilfe für die Mitglieder der See-Krankenkasse vereinbart werden wird.

Absatz 3

Nach geltendem Recht können sich die Verbände der Ersatzkassen in der Rechtsform eingetragener Vereine zusammenschließen (§§ 525a und 525b RVO). Der Einbeziehung der Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen und dem Grundsatz der Gleichbehandlung entspricht es, für den Zusammenschluß dieser Kassen die gleiche Verbandsform vorzusehen, wie sie für die übrigen gesetzlichen Krankenkassen vorgeschrieben ist. Da die Ersatzkassen einen über das Gebiet eines Landes hinausgehenden Wirkungsbereich haben, kommt nur ein Zusammenschluß in der Form von Bundesverbänden als Körperschaften des öffentlichen Rechts in Betracht.

Zu § 373

Die Vorschrift entspricht dem § 414 Abs. 4 Satz 1 RVO.

Bestimmungen zur Regelung der Aufsicht über die Landes- und Bundesverbände sind hier entbehrlich, da das gesamte Aufsichtsrecht in den §§ 422 ff. zusammengefaßt ist.

Zu § 374

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 414b Abs. 1 RVO und ist den für die Kassen und die Bezirksverbände geltenden Bestimmungen angepaßt, soweit nicht die Besonderheiten der Bundes- oder Landesverbände Abweichungen erfordern.

Zu § 375

Da die Verbände künftig die Rücklagen der Kassen zur Hälfte bilden und verwalten, ist es notwendig, ebenso wie für die bei den Kassen zu bildenden Rücklagen (§ 339 RVO) sicherzustellen, daß sie verzinslich und wertbeständig angelegt werden. Das soll durch die Einbeziehung des § 26 RVO sichergestellt werden. Die für die Kassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vorschriften über den Erwerb von Grundstücken (§ 27d RVO), die Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und Eigenbetrieben (§ 27e RVO), die Rechtshilfpflicht (§§ 115, 116 RVO), den Auslagenersatz (§ 117 RVO), die Rechte und Pflichten der Organe (§ 295 Abs. 1) und über die Verwaltung der Mittel (§ 333 Abs. 1) sollen für die Verbände in gleichem Umfange gelten. Die entsprechende Anwendung dieser Bestimmungen ist deshalb vorgesehen.

Zu § 376

Der Katalog der Aufgaben entspricht dem geltenden Recht (§ 414e RVO). Da die Landesverbände der Krankenkassen künftig die Rücklage ihrer Mitglieds-

kassen zur Hälfte verwalten sollen, ist die Vorschrift um die Nr. 8 erweitert.

Zu § 377

Die Vorschrift entspricht § 414f RVO.

Zu § 378

Da die Ersatzkassen nicht in Landesverbänden, sondern ausschließlich in Bundesverbänden zusammengeschlossen sein sollen, muß bestimmt werden, daß die Bundesverbände der Ersatzkassen auch die den Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben nach § 376 wahrzunehmen haben. Die Vorschrift des § 376 Nr. 8 ist ausgenommen, weil § 335 Abs. 2 bestimmt, daß Kassen, die keinem Landesverband angehören, die Rücklage selbst bilden.

Zu § 379

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 414h RVO. Die Unterstützung der zuständigen Behörden ist abweichend vom geltenden Recht den Verbänden zwingend vorgeschrieben. Das entspricht der öffentlich-rechtlichen Stellung dieser Verbände.

Zu § 380

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 414b RVO. Nach geltendem Recht kann zweifelhaft sein, ob ein Verwaltungsakt, der sich auf die Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen bezieht, deswegen anfechtbar ist, weil die Verbände der Krankenkassen nicht gehört worden sind. Um eine Anhörung nicht grundsätzlich und in Fällen vorzuschreiben, in denen sie entbehrlich erscheint oder ein für die Entscheidung dienliches Ergebnis nicht zu erwarten ist, soll die bisherige Mußvorschrift durch eine Sollvorschrift ersetzt werden.

Zu § 381

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 368 RVO). § 368 Abs. 1 RVO ist in vereinfachter Form in den Entwurf übernommen worden. Eine Aufzählung der Regelungen der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten und Zahnärzten im einzelnen erscheint entbehrlich.

Absatz 2

Die Neufassung dient der Klarstellung.

Absatz 3

Die Vorschrift ist um die im 2. Abschnitt vorgesehenen Leistungen der Vorsorgehilfe erweitert, um hervorzuheben, daß auch diese Leistungen zu der durch Kassenärzte (Kassenzahnärzte) zu erbringenden ärztlichen Behandlung gehören.

Zu § 382

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 122, 368, 368d Abs. 1 RVO).

Wie bisher soll die ärztliche Behandlung approbier- ten Ärzten und Zahnärzten vorbehalten bleiben

(§ 185). Wie das geltende Recht unterscheidet der Entwurf zwischen zugelassenen und beteiligten Ärzten, denen grundsätzlich die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen obliegen soll. Da die Krankenkassen berechtigt sind, zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch Verträge mit den Universitäts- und Polikliniken abzuschließen (§ 417) und Eigeneinrichtungen (§ 386 Abs. 3) zu unterhalten, wird ausdrücklich festgestellt, daß die ärztliche Behandlung auch durch Ärzte dieser Institutionen gewährt wird. Die Vorschrift bezieht sich nur auf Kassenärzte. Sie schließt eine ausnahmsweise Inanspruchnahme von Ärzten in Notfällen (§ 185 Abs. 2) nicht aus.

Zu § 383

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 368a Abs. 2 RVO).

Absatz 2

entspricht dem geltenden Recht (§ 368a Abs. 4, Abs. 8 letzter Satz RVO); § 30 Abs. 5 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte vom 28. Mai 1957 (BGBl. I S. 572 ff.).

Zu § 384

Absätze 1 und 2

Die Vorschrift bringt gegenüber dem geltenden Recht eine weitgehende Auflockerung des Zulassungssystems.

Nach geltendem Recht ist nicht jeder Arzt oder Zahnarzt, der an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen teilnehmen will, zuzulassen. § 368a Abs. 1 RVO bestimmt vielmehr, daß im Zulassungsbezirk in der Regel auf je 500 Mitglieder ein Arzt und auf je 900 Mitglieder ein Zahnarzt zuzulassen ist. Die mit der Feststellung der Verhältniszahl notwendige Planung und Verteilung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte hat dazu geführt, daß die ärztliche Versorgung der Versicherten in den vergangenen Jahren auch in ländlichen und abgelegenen Gebieten gewährleistet werden konnte. Das hat sich gesundheitspolitisch auch allgemein günstig ausgewirkt, weil der in der Planung und Verteilung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte liegende Vorteil auch dem nicht von der sozialen Krankenversicherung betreuten Bevölkerungsteil zugute gekommen ist. Dieser Vorteil soll im Interesse der bestmöglichen ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen und wegen seiner allgemeinen gesundheitspolitischen Auswirkungen auch künftig erhalten bleiben. Dem dient neben anderen Maßnahmen (vgl. § 389 Abs. 2 Nr. 7) auch die Beibehaltung der Arztregister (§ 368a Abs. 3 RVO). Sie ermöglichen eine Übersicht über alle zugelassenen und beteiligten oder eine Zulassung bzw. Beteiligung anstrebenden Ärzte und Zahnärzte in sämtlichen Zulassungsbezirken und im gesamten Bundesgebiet.

Eine Verhältniszahl ist hingegen künftig nicht mehr vorgesehen. Wenn auch die Verhältniswahl nach

dem geltenden Zulassungssystem keine starre Norm ist, da sie lediglich „in der Regel“ gilt und in Ausnahmefällen über- oder unterschritten werden darf, so bewirkt sie doch, daß in einem Zulassungsbezirk die Neubesetzung von Kassenarztsitzen unterbleiben muß, wenn das vorgeschriebene Verhältnis zwischen Versicherten und Ärzten bzw. Zahnärzten besteht und zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung eine darüber hinausgehende Besetzung mit Kassenärzten nicht notwendig erscheint. Das bedeutet, daß zulassungswillige Ärzte auf das Freiwerden von bereits besetzten Kassenarztsitzen oft sehr lange warten müssen. Kassenarztsitze werden jedoch nur in begrenztem Umfang frei (z. B. durch Tod, Verzicht, Wegzug). Ihre Wiederbesetzung mit den jeweils am längsten wartenden Ärzten bzw. Zahnärzten führt dazu, daß jüngere Ärzte und Zahnärzte, die eine freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis anstreben, zumindest auf Zeit von der Zulassung ausgeschlossen sind. Infolge der Wartezeiten liegt das Durchschnittszulassungsalter zur Zeit etwa zwischen dem 38. und 40. Lebensjahr. Da 80 v.H. der westdeutschen Bevölkerung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung betreut und, abgesehen von Notfällen, grundsätzlich nur von Kassenärzten bzw. Kassenzahnärzten behandelt werden dürfen, sind die nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte bei Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit auf rund $\frac{1}{5}$ der westdeutschen Bevölkerung beschränkt. Zu diesen, für die jüngere Ärzteschaft nachteiligen Auswirkungen des geltenden Zulassungsrechts kommt hinzu, daß seit Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) von Ärzten, Ärzteverbänden und in der sozialrechtlichen Fachliteratur wiederholt die Frage aufgeworfen worden ist, ob das geltende Zulassungssystem mit den Bestimmungen des Grundgesetzes zu vereinbaren ist. Soweit von Ärzteverbänden und einzelnen Ärzten gegen die Bestimmungen des geltenden Rechts Verfassungsbeschwerden vor dem Bundesverfassungsgericht erhoben worden sind, steht eine Entscheidung aus. Aus der Entscheidung dieses Gerichts über die Zulassung von Apotheken vom 11. Juni 1958 — 1 BVR 596/56 — läßt sich eine allgemein gültige Aussage für die Zulassung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte nicht gewinnen, weil bei der Zulassung von Apotheken von anderen Voraussetzungen auszugehen ist.

Um die oben geschilderten Nachteile zu beseitigen und allen Ärzten und Zahnärzten die Möglichkeit zu geben, an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten teilzunehmen, soll künftig jeder Arzt oder Zahnarzt, der zur kassenärztlichen oder kassenzahnärztlichen Versorgung zugelassen werden will, zugelassen werden, sofern er die in den Zulassungsordnungen näher beschriebenen Voraussetzungen für eine Zulassung erfüllt. Absatz 2 bestimmt daher, daß jedem ärztlichen Zulassungsbewerber ein Kassenarztsitz, den der Zulassungsausschuß im Rahmen seiner Planungs- und Verteilungsmaßnahmen bestimmt, zuzuweisen ist.

Absatz 3

Um eine der kassenärztlichen Versorgung abträgliche Häufung von Ärzten in bevorzugten Gebieten

und einen Arztmangel in ländlichen oder abgelegenen Gebieten und an Krankenhäusern zu verhindern, soll die Zulassung nicht allgemein für den Ort gewährt werden, den der Arzt selbst bestimmt. Absatz 3 sieht vielmehr vor, daß ein Arzt nur beim Vorliegen der in Nr. 1 bis 3 beschriebenen Voraussetzungen auf Antrag am Ort seiner Niederlassung zuzulassen ist.

Nr. 1

Die Vorschrift soll dem in freier Praxis niedergelassenen Arzt, der sieben Jahre freiberuflich tätig gewesen ist, ohne Kassenarzt zu sein, die Möglichkeit geben, am Ort seiner Wahl an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Sie soll außerdem dem Kassenarzt, der sieben Jahre an der kassenärztlichen Versorgung z. B. in einem abgelegenen oder aus anderen Gründen nicht bevorzugten Gebiet teilgenommen hat, ermöglichen, an einen Ort seiner Wahl zu wechseln.

Nr. 2

Am Ort seiner Wahl soll sich auch der Arzt als Kassenarzt niederlassen können, der eine bestimmte Zeit an Krankenanstalten oder als Vertreter von Kassenärzten tätig gewesen ist. Um eine im Verhältnis zu praktischen Ärzten übermäßige Besetzung von Kassenarztsitzen mit Fachärzten zu vermeiden und die Tätigkeit als Vertreter eines Kassenarztes nicht der in Nr. 1 geforderten Tätigkeit gleichzusetzen, ist eine mindestens zehnjährige Tätigkeit an Krankenanstalten oder als Vertreter von Kassenärzten gefordert.

Nr. 3

Auch das Überschreiten einer bestimmten Altersgrenze soll maßgebend sein, um sich am Ort seiner Wahl niederzulassen. Es erscheint angemessen, die Altersgrenze zu wählen, die zur Zeit dem bei Zulassung erreichten Durchschnittsalter entspricht. Um zu vermeiden, daß Ärzte sich als Kassenärzte niederlassen, die jahrelang eine nicht-ärztliche Tätigkeit ausgeübt haben (z. B. als Vertreter von Arznei- und Heilmittelunternehmen), muß im Interesse einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung zusätzlich eine mindestens fünfjährige Ausübung ärztlicher Tätigkeit gefordert werden.

Häufig übt ein Arzt seine ärztliche Tätigkeit zwischen Krankenanstalten und freiberuflicher Praxis wechselnd aus. Ein solcher Wechsel fördert eine vielseitige und umfassende Ausbildung als Arzt und liegt daher im Interesse der bestmöglichen ärztlichen Versorgung der Versicherten. Um diesen Wechsel auch künftig nicht auszuschließen, ist eine gegenseitige Anrechnung der nach Nr. 1 und Nr. 2 ausgeübten Tätigkeit bis zu zwei Jahren vorgesehen.

Absatz 4

Die Vorschrift bringt gegenüber dem geltenden Zulassungsrecht eine weitere Änderung insofern, als sie die Zulassung zur zahnärztlichen Versorgung nicht mehr den gleichen Voraussetzungen unterwirft wie die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit. Die in mannigfacher Hinsicht unterschiedlichen Ver-

hältnisse bei Ärzten und Zahnärzten lassen eine Gleichbehandlung beider Personengruppen in bezug auf die Zulassung zur kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Tätigkeit nicht mehr zu. So haben Zahnärzte im allgemeinen nicht die Möglichkeit, in gleichem Umfange wie Ärzte an Kliniken oder als Assistenten zu arbeiten. Sie sind in der Regel auf die Ausübung ihrer Tätigkeit in freier Praxis angewiesen. Zu dem bereits bestehenden Mangel an Zahnärzten kommt hinzu, daß der Entwurf einen erheblichen Ausbau zahnärztlicher Leistungen vorsieht, der eine stärkere Inanspruchnahme der Zahnärzte künftig erwarten läßt. Der Zahnarzt, der die persönlichen Voraussetzungen nach der Zulassungsordnung erfüllt, soll daher schon nach fünfjähriger zahnärztlicher Tätigkeit am Ort seiner Wahl zugelassen werden. Im übrigen gilt auch für Zahnärzte die Regelung nach Absatz 2.

Zu § 385

Absatz 1

Nach geltendem Recht (§ 368a Abs. 6 RVO) kann die Zulassung entzogen werden, wenn die in dieser Vorschrift näher beschriebenen Voraussetzungen vorliegen. Der im Entwurf vorgesehenen Auflockerung des Zulassungsrechts entspricht es, die Entziehung der Zulassung künftig zwingend vorzuschreiben, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 gegeben sind. Satz 3 dieser Vorschrift soll ausschließen, daß ein Arzt sich um einen anderen Kassenarztsitz bewirbt und dort zugelassen wird, wenn ihm an einem anderen Ort die Zulassung entzogen wurde. Dies gilt für die Dauer der Entziehung.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 368a Abs. 5 RVO).

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 368a Abs. 7 RVO).

Zu § 386

Absatz 1

Es kann möglich sein, daß ein Kassenarztsitz nicht besetzt und deswegen die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden kann, weil sich für einen Ort oder Ortsteil kein Arzt um die Zulassung bewirbt. Um auch in diesem Falle die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, sieht der Entwurf eine stufenweise Einleitung von Maßnahmen vor, die bis zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch angestellte Ärzte führen. Absatz 1 bestimmt zunächst, daß bei Nichtbesetzung eines Kassenarztsitzes der Zulassungsausschuß die Zulassung allgemein für den Bezirk oder für Teile des Bezirkes oder für bestimmte Fachrichtungen sperren kann. Mit diesen Maßnahmen soll dem Zulassungsausschuß die Möglichkeit gegeben werden, eine weitere Überbesetzung anderer Orte oder Ortsteile zu Lasten des nicht besetzten Kassenarztsitzes zu verhindern. Die Vorschrift soll auch die Möglichkeit schaffen, Zulassungsbewerber nach § 384 Abs. 3 auf

vordringlich zu besetzende Kassenarztsitze zu verweisen. Führt diese Sperre nicht zum Erfolg, dann muß davon ausgegangen werden, daß die kassenärztliche Versorgung an dem in Betracht kommenden Kassenarztsitz nicht durch freiberuflich wirkende Ärzte sichergestellt werden kann. Nunmehr soll die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet sein, die Versicherten und ihre Angehörigen durch einen angestellten Arzt zu versorgen. Absatz 1 Satz 3 gibt diesem angestellten Arzt die Rechte und Pflichten eines Kassenarztes. Das ist schon deswegen notwendig, um auch diesen Arzt dem Abrechnungs- und Prüfungsverfahren nach § 392 Abs. 1 und 2 zu unterwerfen. Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch einen angestellten Arzt macht für die Kassenärztliche Vereinigung über eine gewisse Dauer hin Planungsmaßnahmen und Verfügungen auch in finanzieller Hinsicht notwendig. Daher soll die Zulassung für diesen Kassenarztsitz außer für den angestellten Arzt für die Dauer der Anstellung gesperrt bleiben.

Absatz 2

Um dem Zulassungsausschuß einen Anhalt zu geben, von welchem Zeitpunkt ab eine Sperre nach Absatz 1 gerechtfertigt ist, bestimmt die Vorschrift, daß diese Maßnahme getroffen werden kann, wenn während eines halben Jahres ein ausgeschriebener Kassenarztsitz nicht besetzt werden kann.

Absatz 3

Halbsatz 1 entspricht dem geltenden Recht (§ 368d Abs. 1 letzter Satz RVO). Die Vorschrift geht davon aus, daß Ärzte und Krankenkassen bei Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung grundsätzlich zusammenzuwirken haben (§ 382 Abs. 1). Erst wenn dieses Zusammenwirken erfolglos bleibt, soll die Ausnahmeregelung des § 386 Abs. 1 Platz greifen. Die in Absatz 1 getroffene Regelung muß jedoch auch für den Fall ergänzt werden, daß der Kassenärztlichen Vereinigung die Besetzung eines Kassenarztsitzes durch einen angestellten Arzt nicht gelingt. Für diesen Ausnahmefall ist daher die Versorgung der Versicherten durch eine Vermehrung der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen vorsehen.

Zu § 387

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 368a Abs. 8 RVO).

Der Entwurf macht die Beteiligung leitender Krankenhausärzte nicht mehr davon abhängig, daß die Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Es entspricht der Auflockerung der Zulassung bei den frei praktizierenden Ärzten, die Beteiligung leitender Krankenhausärzte ebenfalls freier zu gestalten. Ihre Begrenzung auf das notwendige Maß findet die Beteiligung dadurch, daß sie, wie schon nach geltendem Recht, nur auf Überweisung durch den behandelnden Arzt zulässig ist. Eine über das notwendige Maß hinausgehende Ausdehnung der Beteiligung ist daher auch künftig nicht zu besorgen.

Zu § 388*Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 368b Abs. 1 und Abs. 8 Satz 2 RVO).

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem § 368b Abs. 2 RVO, jedoch ist nicht mehr vorgeschrieben, daß unter den Vertretern der Ärzte ein in das Arztregister eingetragener, nicht zugelassener Arzt sein muß. Diese Bestimmung erscheint nicht mehr erforderlich, da nach dem Entwurf jeder Arzt, der zugelassen werden will, zugelassen werden muß. Es gibt daher keine unfreiwillig von der kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossenen Ärzte, wie das nach geltendem Recht infolge der Zulassungsbeschränkungen durch die Verhältniszahl der Fall ist. Die nach geltendem Recht vorgeschriebene Besetzung mit einem nicht zugelassenen Arzt hat aber nur die Wahrnehmung der Interessen dieser unfreiwillig von einer Zulassung ausgeschlossenen Ärzte sichern sollen.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem § 368b Abs. 3 RVO.

Der Entwurf sieht Berufungsausschüsse (§ 368b Abs. 4 bis 7 RVO) nicht mehr vor, da die Auswahlverfahren unter mehreren Zulassungsbewerbern für einen ausgeschriebenen Kassenarztsitz nach dem neuen Zulassungssystem nicht mehr vorgesehen ist. Damit entfallen die Voraussetzungen für das Tätigwerden dieser Berufungsausschüsse.

Zu § 389*Absatz 1*

Die Vorschrift entspricht dem § 368c Abs. 1 RVO. Der Erlaß von zwei Zulassungsordnungen wird nicht mehr als erforderlich angesehen, da die für die Zahnärzte notwendigen Abweichungen im Rahmen der Zulassungsordnung für Ärzte berücksichtigt werden können.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 368c Abs. 2 RVO), soweit nicht die Neuregelung des Zulassungsrechts Abweichungen erfordert. So sind in der Zulassungsordnung keine Bestimmungen mehr erforderlich, die sich auf die Feststellung einer Verhältniszahl beziehen, weil künftig eine Verhältniszahl nicht mehr vorgesehen ist (vgl. § 368c Abs. 2 Nr. 1 RVO). Ebenso entfällt eine Bestimmung über die Berufungsausschüsse, wie sie in § 368c Abs. 2 Nr. 7 RVO notwendig ist. Da ein Auswahlverfahren nach dem Entwurf nicht mehr in Betracht kommt, brauchen auch die Nummern 11 bis 13 des geltenden Rechts nicht übernommen zu werden. Es entfallen ferner die Bestimmungen für die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte, weil auch diese Ärzte der bisherigen Beschränkung nicht mehr unterliegen. Entbehrlich sind weiterhin Bestimmungen über die Beteiligung „anderer Ärzte in besonderen Fällen“, weil alle zulassungswilligen Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen können und in

§ 185 Abs. 2 eine Ausnahmeregelung bei Inanspruchnahme von Nichtkassenärzten getroffen ist.

Wie schon das geltende Recht behält auch der Entwurf die Regelung des Zulassungsrechts im einzelnen einer Zulassungsordnung vor.

Nr. 7

Um einheitliche Grundsätze bei der Planung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch die Bundesausschüsse und die Zulassungsausschüsse anzuwenden, ist der Erlaß entsprechender Vorschriften im Verordnungswege vorgesehen.

Zu § 390*Absatz 1*

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 368d Abs. 4 RVO.

Eine nicht sachgemäße ärztliche Behandlung hat nicht nur für das Verhältnis zwischen Versicherten und Arzt, sondern auch für die Beziehungen zwischen Kasse und Arzt Bedeutung, da sie der Kasse zusätzliche — häufig erhebliche — Ausgaben verursacht. Daher ist eine Bestimmung notwendig, die den Arzt auch in seinem Verhältnis zur Kasse zu sachgemäßer ärztlicher Behandlung verpflichtet.

Absatz 2

Die Bindung der Kassen an die Gebührenordnung ist in § 391 bestimmt. Um auch den Kassenarzt dieser Gebührenordnung zu unterwerfen, legt Absatz 2 eine entsprechende Bindung für Kassenärzte fest.

Absatz 3

Die Vorschrift ersetzt § 368e RVO. Sie soll den Arzt zu wirtschaftlicher Ordnungsweise anhalten und entspricht der für den Versicherten und die Kasse maßgebenden Bestimmung des § 184 Abs. 2. Da der Arzt auch im Rahmen der Vorsorgehilfe zu wirtschaftlicher Ordnungsweise verpflichtet sein soll, ist gegenüber dem geltenden Recht eine entsprechende Ergänzung der Bestimmung vorgesehen.

Zu § 391*Absatz 1*

Nach geltendem Recht leisten die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung in der Regel für einen bestimmten Abrechnungszeitraum eine Gesamtvergütung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen diese Gesamtvergütung nach einem Honorarverteilungsmaßstab an die einzelnen Kassenärzte. Die Berechnung der Gesamtvergütung ist nach verschiedenen Systemen zulässig. Die Wahl des Berechnungssystems ist der freien Vereinbarung zwischen den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen. Die Gesamtvergütung wird zur Zeit überwiegend pauschal berechnet (§ 368f RVO).

Die Pauschalhonorierung hat vor allem den Nachteil, daß sie in Zeiten gesteigerter Morbidität die von den Kassenärzten zu erbringende Mehrarbeit unberücksichtigt und den Wert der einzelnen Arzt-

leistung absinken läßt. Sie hat außerdem bewirkt, daß die Arztleistung vom Versicherten häufig unterbewertet wird. Künftig soll daher von der Pauschalhonorierung abgegangen und zur Vergütung der ärztlichen Tätigkeit ausschließlich nach Einzelleistungen übergegangen werden. Ein solches Vergütungssystem entspricht dem freiberuflichen Charakter der ärztlichen Tätigkeit am besten, an der der Entwurf für die Zukunft festhalten will. Da dem Arzt das Risiko der Krankheitshäufigkeit nicht mehr aufgelastet wird, ermöglicht dieses System auch eine leistungsgerechtere Honorierung des Arztes bei gesteigerter ärztlicher Inanspruchnahme. Damit wird im Interesse des Heilungserfolges zugleich auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verbessert.

Die Vorschrift sieht weiterhin vor, daß sich der Arzt auf seine Vergütung die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung anrechnen lassen muß. Auf diese Weise wird eine den Heilerfolg fördernde unmittelbare wirtschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Versichertem hergestellt. Der Versicherte wird künftig nicht nur durch die Zusendung einer Rechnungsdurchschrift über Umfang und Wert der ärztlichen Tätigkeit und die von der Kasse zu zahlenden Beträge unterrichtet werden, sondern durch seine eigene Zahlung ähnlich dem Privatpatienten zu selbstverantwortlicher Einflußnahme auf das Ausmaß der ärztlichen Tätigkeit angehalten. Er wird so den Ausgabenumfang seiner Versicherungsgemeinschaft gerade in seiner eigenen Angelegenheit mitbestimmen.

Absatz 2

Die zur Zeit geltenden Gebührenordnungen, insbesondere die Preugo (Preußische Gebührenordnung vom 1. September 1924) genügen nicht den Erfordernissen, die im Rahmen des vorgesehenen Honorierungssystems zu stellen sind. Denn die Gebührenordnung soll dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen und die Einzelleistungen auch im Verhältnis zueinander angemessen bewerten. Sie soll ferner durch eine sinnvolle Zusammenfassung bestimmter Leistungsgruppen sicherstellen, daß eine zu weitgehende Aufspaltung der ärztlichen Tätigkeit in einzelne Verrichtungen vermieden wird, um den Versicherten bei der Zuzahlung nicht unangemessen zu belasten. Daher ist der Erlaß einer neuen, diesen Bedürfnissen Rechnung tragenden Gebührenordnung vorgesehen. Wegen der Auswirkungen auf andere Vergütungssysteme und zur Vermeidung der Zersplitterung auf dem Gebiete des ärztlichen Gebührenwesens ist der Erlaß dieser Gebührenordnung durch die Bundesregierung vorgesehen. Sie soll sich lediglich auf die Festlegung der Leistungsansätze beschränken. Auf diese Weise wird der vertraglichen Ausgestaltung bei Bewertung dieser Ansätze durch die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen freier Raum gelassen.

Absatz 3

Um den Wert der Ansätze bei Bedarf schneller den sich ändernden allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnissen anpassen und auch im Verhältnis zueinander

dem medizinischen Fortschritt und praktischen Bedürfnissen entsprechend bewerten zu können, ist die vertragliche Festlegung der Werte den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung überlassen. Um eine Bewertung auch für den Fall sicherzustellen, daß sich Verbände und Vereinigungen nicht einigen, soll die Bewertung der Ansätze auf Antrag einer der Parteien durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgenommen werden. Dem Vertragsrecht entspricht es, die Vereinbarung mit einer Frist kündigen zu lassen. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist die Geltung einer gekündigten Vereinbarung solange vorgesehen, bis eine neue Vereinbarung oder eine Festsetzung an ihre Stelle tritt. Der Entwurf geht im übrigen davon aus, daß alles, was nicht durch Gesetz geregelt oder der Regelung durch eine Rechtsverordnung vorbehalten bleibt, zwischen den Kassen und den Kassenärzten (Kassenzahnärzten) durch ihre Verbände und Vereinigungen im Vertragswege geregelt werden kann (vgl. auch § 383 Abs. 2 Satz 2).

Für die Honorierung der sogenannten Belegärzte bedarf es einer besonderen Regelung im Gesetz nicht. Soweit diese Ärzte zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen sind und ihre Tätigkeit nicht im Pflegesatz abgoltzen wird, bestimmt sich die Honorierung ihrer ärztlichen Tätigkeit nach den gleichen Regeln, die auch für die übrigen Kassenärzte gelten.

Zu § 392

Die Vorschrift regelt das Abrechnungsverfahren und das Prüfungsverfahren für die ärztliche Vergütung.

Absatz 1

Wie bereits nach geltendem Recht erhält auch nach dem Entwurf der Kassenarzt sein Honorar nicht unmittelbar von der Kasse, sondern über die Kassenärztliche Vereinigung ausgezahlt. Das erscheint schon deswegen zweckmäßig, weil eine unmittelbare Abrechnung zwischen den Kassen und den einzelnen Ärzten zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand für die Kassen und für die Ärzte führen würde. Darüber hinaus haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergangenheit bei der Prüfung und Auszahlung der Honorare an die einzelnen Ärzte Erfahrungen in mannigfacher Hinsicht gesammelt, auf die künftig nicht verzichtet werden sollte. Die Honorarforderungen der Ärzte sollen daher von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise geprüft werden, bevor sie den Kassen zugeleitet werden. Aus verwaltungstechnischen Gründen ist vorgesehen, die Leistungsnachweise den Kassen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich einreichen zu lassen.

Absatz 2

Nach geltendem Recht (§ 368n Abs. 4 RVO) gibt es bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Prüfungsausschüsse, zu denen die Krankenkassen beauf-

tragte Ärzte entsenden können, die in diesen Ausschüssen mit beratender Stimme mitwirken. Den Krankenkassen ist außerdem das Recht eingeräumt, gegen eine Entscheidung der Prüfungsausschüsse den Beschwerdeausschuß anzurufen. Für den Fall der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen ist diese Regelung noch dahin ergänzt, daß die Zusammensetzung der Ausschüsse und das Verfahren hinsichtlich des Nachweises und der Prüfung der einzelnen ärztlichen Leistungen einer Vereinbarung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen vorbehalten bleibt (§ 368n Abs. 5 RVO). Diese verschiedenartige Regelung des geltenden Rechts ist künftig nicht mehr erforderlich, weil die Abrechnung nur noch nach Einzelleistungen vorgesehen ist. Wegen der Ausschließlichkeit des vorgesehenen Honorarsystems und der gesetzlich vorgeschriebenen Bindung sowohl der Kassen wie auch der Kassenärzte an die Gebührenordnung erscheint es notwendig, durch Gesetz einen gemeinsamen Prüfungsausschuß vorzuschreiben. Die Bildung der Prüfungsausschüsse hingegen sowie das Prüfungs- und Abrechnungsverfahren sollen entsprechend dem geltenden Recht der Vereinbarung zwischen Kassenärzten und Krankenkassen vorbehalten bleiben.

Die Pflicht, dem betroffenen Arzt vor dem Prüfungsausschuß Gelegenheit zur Äußerung zu geben, entspricht rechtsstaatlichen Grundsätzen. Um den Arzt für die Zukunft zu wirtschaftlicher Verordnungsweise anzuhalten, ist eine Erstattungspflicht des Arztes vorgesehen, wenn der Prüfungsausschuß Mehrausgaben festgestellt hat, die durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet sind.

Absatz 3

Satz 1 entspricht dem geltenden Recht (§ 368n Abs. 5 RVO). Satz 2 sieht eine Ersatzvornahme für den Fall vor, daß die Bildung eines Prüfungsausschusses nicht zustande kommt. Es entspricht der beiderseitigen Interessenlage und der Gemeinsamkeit bei der Bildung des Prüfungsausschusses durch Kassen und Ärzte, die Kosten für diese Prüfungsausschüsse je zur Hälfte auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen zu verteilen.

Zu § 393

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 368k Abs. 1).

Absatz 2

entspricht dem geltenden Recht (§ 368k Abs. 2).

Absatz 3 Satz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 368k Abs. 3 Satz 1).

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ebenso wie die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, ist vorgesehen, den Erwerb von Grundstücken, die Errichtung und Erweiterung von Gebäu-

den und Eigenbetrieben, das Haushaltswesen, Art und Form der Rechnungsführung, Aufstellung und Vorlage von Statistiken und Aufstellung und Vorlage der Rechnungsergebnisse an dieselben Vorschriften zu binden, die auch für Kassen vorgesehen sind.

Vorschriften über die Aufsicht sind hier nicht aufgenommen (vgl. § 368k Abs. 3 RVO), da das Aufsichtsrecht in einem besonderen Abschnitt des Entwurfs zusammengefaßt ist.

Da der Entwurf eine außerordentliche Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung nicht vorsieht, braucht die Vorschrift des § 368k Abs. 4 RVO nicht mehr aufgenommen zu werden. Über die Mitgliedschaft des Kassenarztes in der Kassenärztlichen Vereinigung ist bereits in § 383 Abs. 2 bestimmt.

Zu § 394

Absätze 1 und 2

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 368m Abs. 1 RVO. Sie ist hinsichtlich der Nr. 4 und der Nr. 6 den für die Kassen vorgesehenen Bestimmungen angepaßt, da ein Grund, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts einer anderen als der für Kassen geltenden Regelung zu unterwerfen, nicht ersichtlich ist. Das gilt auch für die Bestimmung, daß die Satzung keine gesetzwidrigen oder den Zwecken der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechenden Bestimmungen enthalten darf (§ 290 Satz 1), daß die Satzung und ihre Änderungen der Genehmigung und Bestimmungen über die Beiträge und die Vergütung nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes der Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen (§ 291), sowie für das Verfahren bei Satzungsänderungen in bestimmten Fällen (§ 292).

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 368m Abs. 4 RVO.

Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 368m Abs. 3 RVO.

Zu § 395

Absatz 1

Die Vorschriften entsprechen der in § 381 Abs. 1 und § 382 getroffenen Regelung.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 368n Abs. 1 Satz 2 RVO.

Absatz 3

Die Vorschrift überträgt der Kassenärztlichen Vereinigung als neue Aufgabe die Einziehung der Zahlung des Versicherten.

Zu § 396

Da nach § 392 Abs. 1 das von den Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärzte auszahlende Honorar weder quotenmäßig begrenzt noch sonst gekürzt werden darf, sondern in voller Höhe entsprechend den Wertansätzen in der Gebührenordnung ausbezahlt ist, würden den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen keine Mittel verbleiben, um die Durchführung ihrer Aufgaben zu finanzieren. Die Vorschrift bestimmt daher, daß diese Finanzierung durch Beiträge zu geschehen hat. In welcher Weise und Höhe die Beiträge zu zahlen sind, ist in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigung festzulegen (§ 394 Abs. 2 Nr. 5).

Zu § 397**Absatz 1**

entspricht § 368o Abs. 1 Satz 2 RVO.

§ 368o Abs. 1 Satz 1 RVO, der über die Bildung von Landesausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen bestimmt, ist im Entwurf nicht mehr aufgenommen, da ein Bedürfnis zur Beibehaltung dieser Ausschüsse, soweit sie bisher überhaupt gebildet worden sind, nicht gegeben erscheint.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 368o Abs. 3 RVO. Da zu den Mitgliedern der Bundesausschüsse nunmehr je ein Vertreter des Bundesverbandes der Arbeiterersatzkassen, des Bundesverbandes der Angestelltenersatzkassen und der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften hinzukommt, muß unter Verringerung der Zahl der Vertreter der Ortskrankenkassen um ein Mitglied die Zahl der Vertreter der Ärzte auf acht erhöht werden. Da wie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auch bei den Bundesausschüssen Interessen nichtzugelassener Ärzte bzw. Zahnärzte nicht mehr zu vertreten sind, ist § 368o Abs. 3 letzter Satz RVO nicht mehr aufgenommen.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 368o Abs. 4 RVO. Absatz 5 dieser Bestimmung des geltenden Rechts ist nicht mehr aufgenommen, da selbstverständlich ist, daß der Ausschuß eine Geschäftsordnung aufstellen kann und seine Aufgaben nach pflichtgemäßem Ermessen zu erfüllen hat.

Absatz 4

Die Bedeutung des Arznei- und Heilmittelwesens bei der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Beachtung, die diesem Gebiete im Interesse der Volksgesundheit zukommt, lassen es erforderlich erscheinen, bei der Arbeit des Ausschusses einen Apotheker als Sachverständigen zuzuziehen, soweit Richtlinien für das Arznei- und Heilmittelwesen beraten werden. Die Auswahl des Apothekers soll dem Bundesausschuß überlassen

bleiben. Eine Vorschrift über die Aufsicht ist auch hier entbehrlich, weil das Aufsichtsrecht im Zehnten Abschnitt des Entwurfs zusammengefaßt ist.

Zu § 398**Absatz 1**

entspricht § 368p Abs. 1 RVO. Mit Rücksicht auf die Erweiterung des Leistungsrechts erstreckt sich die Vorschrift nunmehr auch auf Maßnahmen der Vorsorgehilfe.

Absatz 2

Um den Versicherten und ihren Familienangehörigen nicht Arzneimittel zu gewähren, die den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft nicht genügen, und um die Kassen zugleich vor Ausgaben für wissenschaftlich unzulängliche Arzneimittel zu bewahren, sollen die Ärzte durch Richtlinien dazu angehalten werden, solche Mittel nicht zu verordnen.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 368p Abs. 2 RVO. Die Ausdehnung des Leistungsumfangs, insbesondere die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden und die Durchführung von Maßnahmen der Vorsorgehilfe machen eine ständige Einflußnahme des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung auf die vom Bundesausschuß erlassenen Richtlinien notwendig. Anders als nach geltendem Recht ist daher vorgesehen, das Beanstandungsrecht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht mehr an eine Frist zu binden.

Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 368p Abs. 3 RVO.

Zu § 399

Das geltende Recht regelt die Beziehungen der Krankenkassen zu den Vertrauensärzten in § 369b RVO. Seit der Dritten Aufbauverordnung vom 18. Dezember 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 1266) gehört der vertrauensärztliche Dienst zu den sogenannten Gemeinschaftsaufgaben, für die das Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (Reichsgesetzblatt I S. 577) als Träger die Landesversicherungsanstalten bestimmt hatte.

Ein vertrauensärztlicher Dienst ist auch in Zukunft zur Wahrung der wohlverstandenen Interessen der Versicherten und der Versichertengemeinschaften notwendig; dies umso mehr, als der Entwurf erhebliche Leistungsverbesserungen vorsieht, die ohne ständige Mitwirkung einer solchen Einrichtung auf die Dauer nicht sicherzustellen sind. Darüber hinaus zielt der Entwurf auf eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen behandelndem Arzt und Versicherten ab, die dadurch erreicht werden soll, daß das Vertrauensverhältnis zwischen behandelndem Arzt und Versicherten von allem befreit bleibt, was diese auf Heilung und Hilfe ausgerichtete Be-

ziehung stören könnte. Ärztliche Maßnahmen, die für die Kassen unerlässlich sind, um die Voraussetzungen für die Leistungspflicht, den Leistungsumfang und die Leistungsgewährung zu ermitteln und festzustellen, sollen daher auch künftig einem besonderen ärztlichen Dienst vorbehalten bleiben.

An Stelle der Bezeichnung „vertrauensärztlicher Dienst“ ist die Bezeichnung „beratungsärztlicher Dienst“ getreten. Damit soll zutreffender als bisher die gutachtliche Funktion zum Ausdruck kommen, die diesem ärztlichen Dienst zugewiesen wird.

Die ausdrückliche Beschränkung der Aufgaben des beratungsärztlichen Dienstes auf Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung soll die Grenzen zu anderen ärztlichen Diensten, insbesondere zu den Gesundheitsämtern abstecken. Der im 8. Abschnitt geregelte Beratungsdienst hat keine Aufgaben zu erfüllen, die anderen ärztlichen Diensten einschließlich dem öffentlichen Gesundheitsdienst zukommen.

Zu § 400

Absatz 1

Nach geltendem Recht obliegt die Einrichtung und Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes den Landesversicherungsanstalten Abteilung K (Krankenversicherung).

Um den unabhängigen Charakter des beratungsärztlichen Dienstes gegenüber den Trägern der Sozialversicherung organisatorisch künftig sichtbar zu machen und klare Verhältnisse für die Anstellung der Beratungsärzte und ihrer Hilfspersonen zu schaffen, sollen für den ärztlichen Beratungsdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung selbständige Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit in den Ländern errichtet werden. Durch die Errichtung eines solchen ärztlichen Dienstes können Eigenart und Zielsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung besser berücksichtigt werden als etwa durch einen gemeinschaftlichen ärztlichen Dienst für alle Zweige der Sozialversicherung.

Absatz 2

Ein besonderer beratungsärztlicher Dienst ist für den Bereich der Betriebskrankenkasse der Bundesbahn und des Bundesministers für Verkehr wegen der besonderen Verhältnisse bei diesen Einrichtungen vorgesehen. Aus Zweckmäßigkeitsgründen sollen der Sitz dieser Anstalt, der Zeitpunkt der Aufnahme ihrer Tätigkeit und die Dienstverhältnisse ihrer Bediensteten auf dem Verordnungswege durch den Bundesminister für Verkehr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt werden.

Absätze 3 und 4

Wie für alle juristischen Personen des Zweiten Buches ist auch für die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes die Errichtung einer Satzung vorgeschrieben. Die Vorschriften über ihren notwendigen Inhalt entsprechen unter Berücksichtigung des besonderen Aufbaus dieser Anstalten den für die Krankenkassen geltenden Vorschriften.

Zu § 401

Absatz 1

Um die Verwaltungskosten möglichst niedrig zu halten, soll einziges Organ der Anstalt ein Vorstand sein. Da sich in den einzelnen Ländern unterschiedliche Bedürfnisse für die Besetzung des Vorstandes ergeben können, ist vorgesehen, die Zusammensetzung des Vorstandes und die Zahl seiner Mitglieder durch Rechtsverordnung der Landesregierungen bestimmen zu lassen. Diese Regelung ermöglicht auch, die einzelnen Kassenarten, deren Häufigkeit in den Ländern unterschiedlich ist, entsprechend ihrer Mitgliederzahl zu berücksichtigen. Nach geltendem Recht ist eine Mitwirkung der Kassenärzte bzw. Kassenzahnärzte im Rahmen der vertrauensärztlichen Dienststellen nicht vorgesehen. Im Interesse der Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten (Kassenzahnärzten) und Beratungsärzten erscheint es jedoch zweckmäßig, Kassenärzte und Kassenzahnärzte durch je einen Vertreter mit beratender Stimme im Vorstand mitwirken zu lassen. Für die Sonderanstalt nach § 400 Abs. 2 soll dies durch den Bundesminister für Verkehr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt werden.

Absatz 2

Die Vorschrift sieht eine Ersatzvornahme der Aufsichtsbehörde vor, wenn die Kassenverbände oder die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Vertreter nicht innerhalb einer bestimmten Frist bestellt haben. Das erscheint notwendig, damit die beratungsärztlichen Dienste ihre Tätigkeit alsbald aufnehmen können.

Zu § 402

Absatz 1

Nr. 1

Um die laufenden Geschäfte führen und die Dienstaufsicht ausüben zu können, ist vom Vorstand ein Geschäftsführer zu wählen.

Nr. 2

Bedeutung und Aufgaben der Beratungsärzte machen es notwendig, ihre Auswahl und Anstellung dem Vorstand der Anstalt vorzubehalten.

Nr. 3

Da für die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes als juristische Personen des öffentlichen Rechts und als Organe der mittelbaren Staatsverwaltung für die Bewirtschaftung der Mittel keine anderen Vorschriften gelten können als für die Kassen, ihre Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen, schreibt die Vorschrift auch hier die Aufstellung eines Haushaltsplanes vor.

Nr. 4

Die Vorlage der Jahresrechnung bei der Aufsichtsbehörde soll die Möglichkeit schaffen, dem Vorstand Entlastung zu erteilen.

Nr. 5

Da nach § 404 die Kosten des beratungsärztlichen Dienstes von den Kassen nach einem dort näher beschriebenen Schlüssel zu tragen sind, muß in der Satzung bestimmt werden, wie die Umlage zur Deckung der Kosten aufzubringen ist und welche Höhe sie haben soll.

Nr. 6

Die Vorschrift entspricht den für die übrigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung geltenden Bestimmungen.

Absatz 2

Für die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes sollen hinsichtlich des Erwerbs von Grundstücken, der Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und Eigenbetrieben, der Rechtshilfpflicht, der Vollstreckung und des Auslagenersatzes, des Haushaltswesens, der Art und Form der Rechnungsführung, der Aufstellung und Vorlage von Statistiken, der Aufstellung und Vorlage der Rechnungsergebnisse keine anderen Vorschriften gelten als für die Kassen. Auf die entsprechenden Vorschriften ist daher Bezug genommen.

Zu § 403

Da die laufenden Geschäfte überwiegend ärztliche Belange berühren, ist als Geschäftsführer ein Arzt vorgesehen. Damit ist gewährleistet, daß die Dienstaufsicht über die Beratungsärzte auch unter Berücksichtigung ärztlicher Gesichtspunkte wahrgenommen wird.

Zu § 404**Absatz 1**

Entsprechend den Aufgaben des beratungsärztlichen Dienstes sind die Kosten für Einrichtung und Unterhaltung von den Krankenkassen zu tragen.

Im allgemeinen wird davon auszugehen sein, daß die Inanspruchnahme des beratungsärztlichen Dienstes umso größer ist, je höher der Mitgliederstand einer Kasse ist. Andererseits hängt die Inanspruchnahme auch von der Morbidität innerhalb einer Versicherungsgemeinschaft ab, sofern sie zu Untersuchungen durch den beratungsärztlichen Dienst führt. Es erscheint daher zweckmäßig, die Kosten weder allein nach der Zahl der Mitglieder noch allein nach der Zahl der Untersuchungen abdecken zu lassen, sondern beide Faktoren zu berücksichtigen. Die Vorschrift sieht daher vor, die Kosten durch die Kassen zur Hälfte nach der Zahl der Untersuchungen ihrer Mitglieder und zur Hälfte nach der Zahl der Mitglieder im Bereich der Anstalt tragen zu lassen.

Absatz 2

Um die Umlage den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend nach dem in Absatz 1 bestimmten Schlüssel erheben zu können, sollen für die Untersuchungen die Zahlen des vorangegangenen Kalendermonats und für die Mitgliederzahl der Stand am 1. je-

den Monats maßgebend sein. Längere Zeiträume würden die monatlichen Schwankungen bei den einzelnen Kassen nicht genügend berücksichtigen. Die Vorschrift schließt nicht aus, Vorschüsse auf die festzusetzende Umlage zu erheben.

Zu § 405**Absatz 1**

Dem unabhängigen Charakter der Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes und ihrer Bedeutung für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht es, die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Beratungsärzte grundsätzlich durch Anstellung als Beamte auf Lebenszeit zu sichern.

Absatz 2

Schon nach geltendem Recht hat sich eine vorübergehende oder hilfsweise Mitwirkung von sonstigen Ärzten im Rahmen des vertrauensärztlichen Dienstes bewährt. Diese Möglichkeit soll auch künftig nicht ausgeschlossen werden, um im Bedarfsfall bei starkem Ansteigen der Morbidität genügend Ärzte für beratungsärztliche Aufgaben zur Verfügung zu haben. Für eine solche Mitwirkung kommen auch Kassenärzte in Betracht. Um Interessenkollisionen zu vermeiden, soll jedoch die Mitwirkung eines Kassenarztes als Beratungsarzt am Ort seiner Niederlassung ausgeschlossen sein.

Zu § 406

Es liegt vor allem im Interesse der auf dem Land oder in abgelegenen Gebieten wohnenden Versicherten, die nächste beratungsärztliche Dienststelle nicht zu weit vom Wohnort entfernt zur Verfügung zu haben. Dienststellen des beratungsärztlichen Dienstes sollen daher grundsätzlich in jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis errichtet werden. Da aber nicht immer in jedem unteren Verwaltungsbezirk eine eigene Dienststelle erforderlich sein wird, soll auch die gemeinsame Errichtung für Stadt- und Landkreise ermöglicht werden.

Zu § 407**Absatz 1**

Der Versicherte hat seine Arbeitsunfähigkeit dem beratungsärztlichen Dienst grundsätzlich innerhalb von zwei Tagen mitzuteilen (§ 202). Um sicherzustellen, daß der Versicherte alsbald in den Genuß der ihm zustehenden Leistungen kommt, bestimmt § 407, daß der Beratungsarzt die vom Versicherten erstattete Meldung mit seiner gutachtlichen Stellungnahme unverzüglich an die zuständige Kasse weiterzuleiten hat.

Absatz 2

Dem Beratungsarzt muß die pflichtgemäße Entscheidung überlassen bleiben, ob er sein Gutachten durch Vorladung des Versicherten oder durch Aufsuchen des Versicherten in dessen Wohnung erstellen will. Ebenso soll in das pflichtgemäße ärztliche Ermessen gestellt bleiben, das Gutachten auf Grund der ihm vorliegenden Unter-

lagen des behandelnden Arztes zu erstatten. Um das Aufsuchen des Versicherten in seiner Wohnung zu ungewöhnlicher Zeit auszuschließen, ist der Besuch nur während der üblichen Dienststunden zugelassen.

Absatz 3

Um die Kasse nicht über das notwendige Maß hinaus Leistungen erbringen zu lassen und die Versicherungsgemeinschaft vor mißbräuchlicher Ausnutzung zu schützen, erscheint es notwendig, den Beratungsärzten die Pflicht aufzuerlegen, das Vorliegen der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch ständig zu überprüfen und die Kasse von dem Ergebnis zu unterrichten.

Zu § 408

Absatz 1

Für die Kassen wird sich ein unterschiedliches Bedürfnis ergeben, gutachtliche Äußerungen des Beratungsarztes einzuholen. Es empfiehlt sich daher nicht, die Fälle, in denen die Kasse Gutachten anfordern kann, im Gesetz einzeln aufzuzählen. Vielmehr sollte der Kasse überlassen bleiben, darüber zu befinden, wann und wie oft sie ein Gutachten anfordern will.

Absatz 2

Bei Gewährung von Kuren ist die Einholung eines Gutachtens zwingend vorgeschrieben. In der Regel handelt es sich hierbei um Leistungen, die wegen ihrer Dauer und der damit verbundenen Kosten die Versicherungsgemeinschaften erheblich belasten können und deswegen nicht unbegrenzt gewährt werden sollten. Dem Beratungsarzt soll daher im Rahmen dieser Bestimmung insbesondere die Aufgabe zukommen, durch eine gutachtliche Äußerung den Vorrang eines Versicherten gegenüber anderen Versicherten bei der Gewährung einer Kur zu prüfen.

Zu § 409

Die Vorschrift entspricht dem § 369b Abs. 1 Satz 2 RVO.

Zu § 410

Absatz 1

Es liegt im allgemeinen Interesse, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen ärztlichen Diensten zu sichern, um zu verhindern, daß die ärztlichen Dienste innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung nebeneinander wirken, ohne ihre Erkenntnisse gegenseitig auszutauschen und bei ihren eigenen Begutachtungen zu berücksichtigen.

Absätze 2 und 3

Die Vorschrift soll die Möglichkeit eröffnen, den beratungsärztlichen Dienst im Bedarfsfall durch vertragliche Vereinbarung auch den Trägern der Rentenversicherung zur Verfügung zu stellen. Das soll entsprechend auch für den beratungsärztlichen Dienst für den Bereich der Betriebskrankenkasse

der Bundesbahn und des Bundesministers für Verkehr gelten.

Zu § 411

Absätze 1 und 2

Um bestimmte Aufgaben von übergeordnetem Interesse zu koordinieren, gemeinsame Maßnahmen durchzuführen und Erfahrungen auszutauschen, ist die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft vorgesehen. Um einen besonderen Verwaltungsapparat entbehrlich zu machen, sollen die Geschäfte dieser Arbeitsgemeinschaft vom Bundesverband der Ortskrankenkassen geführt werden.

Absatz 3

Da die Arbeitsergebnisse dieser Arbeitsgemeinschaft für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung Bedeutung haben, sollen die Kosten der Arbeitsgemeinschaft entsprechend dem Mitgliederstand der Kassenarten von den Bundesverbänden der Krankenkassen getragen werden.

Zu § 412

Absatz 1

Der Organisation des beratungsärztlichen Dienstes auf Landesebene entspricht es, die Dienstanweisung für den beratungsärztlichen Dienst von den hierfür zuständigen Fachministern zu erlassen.

Absatz 2

Um eine weitgehende einheitliche Verfahrensweise zu fördern, ist für die Tätigkeit der beratungsärztlichen Dienststellen der Erlaß allgemeiner Grundsätze durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen. Auf diese Weise soll z. B. auch sichergestellt werden, daß für Versicherte der gleichen Kasse, deren Bereich sich aber über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, im Rahmen der beratungsärztlichen Betreuung kein unterschiedliches Verfahren Anwendung findet.

Zu § 413

Absatz 1

Das geltende Recht regelt die Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern in § 371 RVO. Diese gesetzliche Regelung genügt künftig nicht, zumal der Entwurf die Gewährung von Krankenhauspflege als Pflichtleistung vorschreibt und darüber hinaus die Gleichstellung der Familienangehörigen mit den Versicherten auch hinsichtlich der Krankenhauspflege und die Neuregelung der Mutterschaftshilfe zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser führen wird.

Bei einer gesetzlichen Neuregelung des Verhältnisses der Krankenkassen zu den Krankenhäusern ist davon auszugehen, daß es ein einheitliches Bundesgesetz für das Krankenhauswesen nicht gibt und daß im Rahmen der Neuordnung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung eine solche Regelung wegen Fehlens der verfassungsrechtlichen Voraussetzungen nicht getroffen werden kann. Die gegenwärtigen Verhältnisse auf dem Gebiet des

Krankenhauswesens sind daher unterschiedlich, nicht nur hinsichtlich der Verschiedenartigkeit der Krankenhausträger, sondern auch in bezug auf die Ausstattung der Krankenhäuser, ihre Kostenstruktur und die Art der Gewährung der Krankenhauspflege. Solange es ein einheitliches Krankenhausgesetz nicht gibt, erscheint es daher zweckmäßig, die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wie bisher der Vereinbarung der Beteiligten zu überlassen. Ein Zulassungssystem, ähnlich dem für Ärzte, kommt für eine Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht in Betracht, weil die Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern anders liegen als zwischen Kassen und Ärzten.

Im Interesse der Krankenhäuser sind die Kassen im Rahmen der Vertragsgestaltung einem Kontrahierungszwang unterworfen, wenn — wie nach geltendem Recht — die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung gegeben ist. Diesem Kontrahierungszwang der Kassen entspricht es, die Krankenhäuser, die sich zur Krankenhauspflege der Versicherten und ihrer Familienangehörigen bereit erklärt haben, für die Dauer von mindestens zwei Jahren an ihre Erklärung zu binden, um die Kasse in die Lage zu versetzen, ihren Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten durch Planung auf weite Sicht nachkommen zu können.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 371 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz RVO).

Zu § 414

Absatz 1

Um sowohl den Krankenhäusern wie auch den Krankenkassen freizustellen, ob sie die Verträge einzeln miteinander oder gemeinsam für mehrere Partner auf beiden Vertragsseiten abschließen wollen, sieht die Vorschrift beide Möglichkeiten vor. Die Vereinbarungen über die Pflegesätze werden den wesentlichen Inhalt der Verträge ausmachen. Dieser Vertragsbestandteil ist daher besonders herausgehoben.

Absatz 2

Man wird davon ausgehen können, daß die Krankenhäuser im allgemeinen mit den Kassen ihres Einzugsgebietes Verträge über die Krankenhauspflege der Versicherten abschließen werden. Darüber hinaus ist aber möglich, daß Versicherte einer Kasse Krankenhauspflege in Anspruch nehmen müssen, die nicht innerhalb des Einzugsgebietes des Krankenhauses liegt und deshalb mit dem Krankenhaus keinen Vertrag geschlossen hat. Ein solcher Fall kann z. B. eintreten, wenn ein Versicherter während seines Urlaubs erkrankt und in einem Krankenhaus am Urlaubsort aufgenommen werden muß. Besteht in einem solchen Fall zwischen dem Krankenhaus und der Kasse des Versicherten kein Vertrag, dann ist der Pflegesatz maßgebend, den das Krankenhaus mit der in seinem Bezirk gelegenen Ortskrankenkasse vereinbart hat.

Absatz 3

Unter Aufhebung der Preisbindung überläßt der Entwurf die Bestimmung der Höhe der Pflegesätze grundsätzlich der vertraglichen Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Kasse. Dem Grundsatz der Vertragsfreiheit widerspricht es nicht, für die Ausgestaltung der Verträge zu bestimmen, welche Kosten durch den Pflegesatz abzugelten sind. Hierbei wird davon auszugehen sein, daß der Pflegesatz alle Kosten abzudecken hat, die nicht anderweitig gedeckt sind. Wegen der Unterschiedlichkeit der Verhältnisse innerhalb der Bundesrepublik und um sich wirtschaftlichen Änderungen schneller anpassen zu können, erscheint es zweckmäßig, hierüber in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung das Nähere zu bestimmen.

Absatz 4

Die in § 407 Abs. 3 und § 408 Abs. 1 den Beratungsärzten auferlegte Pflicht zur gutachtlichen Äußerung macht es notwendig, in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Bestimmungen aufzunehmen, die es den Beratungsärzten ermöglichen, diesen Pflichten auch in Krankenhäusern nachzukommen. Die Verträge sollen außerdem eine Staffelung der Höhe der Pflegesätze nach der Verweildauer vorsehen, um die nach einer gewissen Zeit eintretenden Kostenminderungen, die nach Krankenhausart, Krankenhausausrüstung und der medizinischen Fachrichtung unterschiedlich sein werden, bei der Bestimmung der Höhe der Pflegesätze zu berücksichtigen. Krankenhäuser und Krankenkassen sollen mit dieser Vorschrift zugleich zu einer ständigen Überprüfung der Verweildauer angehalten werden. Dies ist im Hinblick auf die lange Verweildauer in den Krankenhäusern der Bundesrepublik erforderlich.

Zu § 415

Absatz 1

Der Entwurf geht davon aus, daß sich die Vertragspartner grundsätzlich einigen werden. Kommt es aber nicht zum Abschluß eines Vertrages, dann soll eine Schiedsstelle die Pflegesätze festsetzen, soweit eine Einigung nicht zustande gekommen ist. Die Bestimmung ermöglicht daher, auch eine Teileinigung der Vertragspartner bei einer durch die Schiedsstelle vorzunehmenden Festsetzung zu berücksichtigen.

Absatz 2

Für das Schiedsverfahren sind wenig Formvorschriften vorgesehen. Die Schiedsstelle soll keine ständige Einrichtung sein, sondern im Einzelfall von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten Stelle gebildet werden. Um auch hier die Wünsche der Vertragspartner weitgehend zu berücksichtigen, ist vorgesehen, daß Kassen und Krankenhäuser auch über eine Schiedsstelle Vereinbarungen treffen können. Kommt es zu einer solchen Einigung nicht, dann ist die Anrufung an die Landesregierung zu richten, die nunmehr einen unparteiischen Vorsitzenden und die von den Vertragspartnern vorzu-

schlagenden Vertreter beruft. Es entspricht der Interessenlage der beiden Vertragspartner, die Kosten des Schiedsverfahrens von ihnen je zur Hälfte tragen zu lassen.

Absatz 3

Um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, durch eine neutrale Stelle nachprüfen zu lassen, ob eine Kasse das Angebot eines Krankenhauses (§ 413 Abs. 2) zu Recht abgelehnt hat, sieht die Vorschrift die Entscheidung einer Schiedsstelle auch für diesen Fall vor.

Zu § 416

Um für die Zeit zwischen der Kündigung der Pflegesätze bis zu ihrer Neufestsetzung durch die Schiedsstelle einen vertragslosen Zustand zu vermeiden, wird bestimmt, daß insoweit die bisherigen Pflegesätze weitergelten. Die Vorschrift findet ihrer Natur nach nur Anwendung, soweit schon bisher Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bestanden haben. Die Bestimmung schließt zugleich auch die Möglichkeit ein, daß die Schiedsstelle neue Pflegesätze rückwirkend in Kraft treten läßt.

Um dem Schiedsspruch eine gewisse Geltungsdauer zu verleihen, wird ein Kündigungsausschluß für ein halbes Jahr statuiert. Die Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle ersetzt die vertragliche Vereinbarung.

Zu § 417

Grundsätzlich wird die ärztliche Behandlung durch zugelassene Kassenärzte gewährt. Es liegt jedoch im Interesse der ärztlichen Forschung und Lehre, die Universitäts-Polikliniken als solche auch an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen. Nach geltendem Recht (§ 368n Abs. 2 Satz 3 und 4 RVO) schließen die kassenärztlichen Vereinigungen mit den Universitäten Verträge über die Vergütung für die Behandlung der Versicherten in den Polikliniken. Dieses Verfahren entspricht dem pauschalen Honorierungssystem. Da der Entwurf nunmehr zur Honorierung nach Einzelleistungen übergeht und entsprechend der in § 382 Abs. 1 getroffenen Regelung, soll künftig den Kassen die Verpflichtung zukommen, wegen der Behandlung der Versicherten und der hierbei zu leistenden Vergütung Verträge mit den Polikliniken abzuschließen.

Zu § 418

Absatz 1

Die Vorschrift ersetzt § 376 RVO.

Satz 1 entspricht § 376 Abs. 1 Satz 1 RVO. Um die Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen mit Arzneimitteln durch alle Kassen in gleicher Weise sicherzustellen, ist vorgesehen, den Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates innerhalb der Bundesrepublik gleichmäßig festzusetzen. In besonderen Fällen soll dieser Abschlag herabgesetzt werden können. Um hierbei örtliche

Verhältnisse besser berücksichtigen zu können, ist vorgesehen, eine solche Ermäßigung von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes vornehmen zu lassen.

Absatz 2

Das geltende Recht geht von der beschränkt freien Apothekenwahl aus (§ 375 RVO). Der Entwurf folgt dem nicht mehr und bestimmt zugleich, daß Arzneimittel grundsätzlich nur aus Apotheken bezogen werden sollen. Sollte das geltende Arzneimittelrecht geändert werden und die Abgabe gewisser Arzneimittel auch durch Drogerien für zulässig erklärt werden, müßte die Vorschrift einer solchen Rechtsentwicklung angeglichen werden.

Zu § 419

Die Vorschrift entspricht der bereits bestehenden Rechtsübung und dem für Ärzte geltenden § 391 Abs. 1 Satz 2.

Zu § 420

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem § 376a Abs. 1 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem § 376a Abs. 2 RVO, der wegen der Leistungsausweitung bei der Mutterschaftshilfe entsprechend erweitert ist. Die Vorschrift setzt voraus, daß die Wöchnerin die im Rahmen der Sachleistung von der Kasse gewährte Pflegeklasse in Anspruch nimmt. Die Bestimmung gilt daher nicht für den Fall, daß die Wöchnerin eine höhere Pflegeklasse wählt. In diesem Fall ist die Hebamme nicht an die Gebührenordnung nach Absatz 1 gebunden.

Zu § 421

Absätze 1 und 2

Bisher wurden die Beziehungen zwischen Krankenkassen und anderen Heilberufen sowie Lieferanten durch Verträge auf privatrechtlicher Grundlage geregelt, die von den Krankenkassenverbänden oder den Krankenkassen abgeschlossen werden. Der Entwurf behält dies bei.

Absatz 3

Auch bei der Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der Verrichtung von Diensten durch Angehörige sonstiger Heilberufe ist eine Anrechnung der Zuzahlung des Versicherten entsprechend der für Apotheken geltenden Bestimmung vorgesehen.

Zu § 422

Derzeit ist das Aufsichtsrecht für die juristischen Personen, die die gesetzliche Krankenversicherung durchführen, in verschiedenen Vorschriften des Sozialversicherungsrechts geregelt. Künftig soll das Aufsichtsrecht für alle diese Körperschaften und Anstalten in einem Abschnitt zusammengefaßt wer-

den, sofern es sich nicht um Vorschriften des allgemeinen Aufsichtsrechts handelt.

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Von einer Definition der Begriffe „bundesunmittelbare Kassen“ und „landesunmittelbare Kassen“ wird abgesehen, da sie bereits durch Artikel 87 Abs. 2 des Grundgesetzes und § 2 Abs. 1 sowie § 3 Abs. 1 des Bundesversicherungsamtgesetzes gegeben ist.

Zu § 423

Absätze 1 bis 3

Die Vorschriften entsprechen im wesentlichen dem geltenden Recht.

Absatz 4

Die Verweisung auf die §§ 30 bis 34 ist deswegen erforderlich, weil die §§ 31 ff. sich nur auf die Versicherungsträger beziehen.

Absatz 5

Um Mißverständnisse auszuschließen, die durch Verwechslung mit dem bürgerlich-rechtlichen Begriff der Zustimmung entstehen könnten, wird der Begriff der Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Gesetz bestimmt. Diese Bestimmung entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 424

Absatz 1

Zur ordnungsgemäßen Durchführung der Staatsaufsicht gehört, daß sich die Aufsichtsbehörde über die Verhältnisse bei den ihrer Aufsicht unterstehenden Einrichtungen in regelmäßigen Abständen unterrichtet. Dem dient die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsprüfung. Die Vorschrift verpflichtet die Aufsichtsbehörden dazu, die ihrer Aufsicht unterstehenden Einrichtungen regelmäßig zu prüfen. Die nach dieser Vorschrift vorgesehenen Prüfungen berühren die Möglichkeit der Aufsichtsbehörde nicht, nach § 31 Abs. 1 RVO jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung zu prüfen, da diese Prüfung nur in Betracht kommt, wenn dazu besondere Veranlassung besteht. Die Eigenprüfung der Körperschaften, die bisher in § 342 Abs. 2 RVO geregelt ist, bedarf keiner gesetzlichen Regelung, weil diese Aufgabe im eigenen Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung liegt.

Der Entwurf will es den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder überlassen, darüber zu bestimmen, ob die Aufsichtsbehörden oder besondere Prüfungseinrichtungen die Aufsichtsprüfungen durchführen. Entsprechendes gilt für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für seinen Geschäftsbereich. Es kann aber auch die für die Sozialversicherung zuständige Verwaltungsbehörde eines Landes eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zugelassene Prüfungseinrichtung mit der Aufsichtsprüfung in ihrem Lande beauftragen.

Absatz 2

Die Vorschrift schließt an § 30 Abs. 3 RVO an und regelt das Entsprechende für die Durchführung der Aufsichtsprüfungen.

Absatz 3

Die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung liegt im Interesse der zu prüfenden Einrichtungen und ihrer Mitglieder. Die betroffenen Körperschaften und Anstalten sollen daher die durch die Prüfung entstehenden Kosten tragen. Dies gilt nicht für die Aufsichtsprüfungen nach § 30 RVO.

Zu § 425

Absatz 1

entspricht § 379 RVO. Darüber hinaus wird in dieser Vorschrift auch der Fall geregelt, daß die Wahl der Organe einer Körperschaft oder Anstalt nicht zustande kommt.

Absatz 2

Die Vorschrift gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, Aufsichtsmaßnahmen im Verwaltungszwangsverfahren durchzusetzen, wenn die ihrer Aufsicht unterstehende Körperschaft oder Anstalt einer angeordneten Aufsichtsmaßnahme nicht nachkommt und die Vollziehung der Anordnung im öffentlichen Interesse liegt,

Vielfach wurden bisher gegen Anordnungen der Aufsichtsbehörden offensichtlich unzulässige Nichtigkeitsfeststellungsklagen erhoben, um dadurch die Aufschiebung des Vollzugs der Anordnung zu erreichen. Anordnungen der Aufsichtsbehörde können anfechtbar sein, dagegen wird die Nichtigkeit solcher Anordnungen kaum jemals vorliegen. Dem trägt Satz 2 der Vorschrift Rechnung.

Zu § 426

Die Vorschrift entspricht § 378 RVO.

Zu § 427

Die Vorschrift entspricht § 529 RVO. Im Gegensatz zum bisherigen Recht ist die Ordnungsstrafdrohung nicht mehr vom Betrage des täglichen Krankengeldes abhängig, sondern in ihrem Höchstbetrag unmittelbar bestimmt. Da die Ahndung von Verstößen gegen die Krankenordnung als eine Maßnahme angesehen wird, die zu den laufenden Verwaltungsgeschäften des Versicherungsträgers gehört, wird der Geschäftsführer zur Verhängung von Ordnungsstrafen ermächtigt.

Wie in allen neueren Gesetzen mit Straf- oder Bußgeldblankettvorschriften ist auch hier die Ahndung eines Verstoßes gegen die Krankenordnung nur zulässig, wenn die Krankenordnung ausdrücklich bestimmt, daß dieser Verstoß auf Grund der Vorschriften des § 427 geahndet werden kann.

Von der Umstellung der Ordnungsstrafen auf Ordnungswidrigkeiten wird im Rahmen des Entwurfs abgesehen. Die Umstellung kann nur für den Bereich der gesamten Reichsversicherungsordnung vor-

genommen werden. Sie soll deshalb der Neuordnung des Ersten Buches der Reichsversicherungsordnung vorbehalten bleiben.

Zu § 428

Die Vorschrift schließt sich an § 530 RVO an. Auch die Ahndung von Verstößen gegen die Meldepflichten wird als eine Aufgabe angesehen, die zu den laufenden Verwaltungsgeschäften gehört. Sie wird daher dem Geschäftsführer übertragen. Die Meldepflichten der in § 366 bezeichneten Personen ergeben sich aus § 296; die dort dem Arbeitgeber auferlegten Pflichten obliegen somit den Versicherten in den Fällen des § 366 selbst.

Es wird davon abgesehen, eine dem § 531 RVO entsprechende Vorschrift in den Entwurf aufzunehmen. Es ist selbstverständlich, daß die Kasse die rückständigen Beiträge nachzuholen hat. Die Auferlegung von Strafbeiträgen soll entfallen, da die Verletzung der Meldepflicht bereits mit Strafe bedroht ist.

Zu § 429

Die Vorschrift ist § 532 Abs. 1 RVO nachgebildet. Der Strafraum ist entsprechend dem Unrechtsgehalt des Straftatbestandes dem Rahmen des § 769 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes angepaßt worden, der ähnliche Fälle erfaßt.

Zu § 430

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 533 RVO. Die Androhung des Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte wird nicht übernommen, da das künftige Strafgesetzbuch diese Nebenstrafe nicht mehr vorsehen wird.

Zu § 431

Die Vorschrift schließt an § 536 RVO an. Die Neufassung entspricht der für § 771 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorgeschlagenen Fassung. Die Vorschrift dehnt die Anwendung der Straf- und Ordnungsstrafandrohung, die dem Arbeitgeber oder Auftraggeber gelten, auf Organe juristischer Personen, nicht rechtsfähiger Vereine, auf die vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft sowie auf die gesetzlichen Vertreter aus. Damit wird klargestellt, daß diese Personen die Strafe trifft, wenn ein für die juristische Person oder sonst vertretend Handelnder gegen Vorschriften verstößt, die den Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen.

Zu § 432

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 318a Abs. 2 RVO. Aus rechtssystematischen Gründen wird sie in den elften Abschnitt übernommen. An Stelle des Versicherungsamtes soll die Kasse ermächtigt werden, die Zwangsmaßnahmen zu verhängen, da sie die Verantwortung für die Durchführung der Betriebsprüfungen zu tragen hat.

Zu § 433

Die Vorschrift schließt an § 534 RVO an. Die Neufassung entspricht weitgehend der für § 772 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorgeschlagenen Fassung. Die Vorschrift ermöglicht es dem Arbeitgeber, Pflichten auch auf Betriebsangehörige zu übertragen (Absatz 1). Verstößen solche Betriebsangehörige gegen Vorschriften des Gesetzes, so trifft sie die Strafe (Absatz 2).

Absatz 3

sieht, ähnlich wie § 5 des Wirtschaftsstrafgesetzes 1954, vor, daß der Arbeitgeber bzw. die Organe oder Vertreter im Sinne des § 431 wegen Verletzung der Aufsichtspflicht oder der Pflicht zur sorgfältigen Auswahl auch mit Ordnungsstrafe belegt werden können. In solchem Falle kann auch gegen die juristische Person oder Personenvereinigung eine Ordnungsstrafe festgesetzt werden.

ZU ARTIKEL 2

Zu § 1

Nr. 1

Im bisherigen Recht ist das Krankengeld nur wegen bestimmter Forderungen pfändbar (§ 119 RVO). Dagegen unterliegt der Arbeitgeberzuschuß nach § 1 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle wie andere in Geld zahlbare Arbeitseinkommen den Pfändungsvorschriften der ZPO (§ 850). Bei der Berechnung des unpfändbaren Teiles des Zuschusses wird nach herrschender Meinung der Betrag des gleichzeitig gezahlten Krankengeldes nicht berücksichtigt, da das Krankengeld nicht zu den Bezügen im Sinne des § 850 ZPO zählt. In Anbetracht der Tatsache, daß das Krankengeld zusammen mit dem Arbeitgeberzuschuß 90 v.H. des Nettolohnes erreicht — was insgesamt als Lohnersatz angesehen werden kann — können wesentliche Teile dieses Gesamtbetrages nicht länger von der Pfändung freigestellt bleiben. Die Aufrechterhaltung des bisherigen Zustandes verbietet sich auch deshalb, weil Versicherte, bei denen Lohnpfändungen vorliegen, geradezu angereizt werden, wegen der Unpfändbarkeit des Krankengeldes in die Krankheit zu flüchten.

Nr. 2

Die Schweigepflicht, deren Verletzung mit Strafe bedroht ist, muß auf die Mitglieder der Organe und die Angestellten aller Körperschaften ausgedehnt werden, die im Zweiten Buch der RVO aufgezählt sind.

Nr. 3

Auch bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten müssen die Versicherten zunächst die Kostenbeteiligung zahlen, wenn der Träger der Krankenversicherung leistet. Sie wird ihnen auf Antrag erstattet, wenn feststeht, — was die Krankenkassen in vielen Fällen nicht sofort erkennen können — daß es sich um einen Arbeitsunfall oder um eine Berufskrankheit handelt.

Nr. 4

Vereinbarungen, die zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den Trägern der Krankenversicherung bestehen, sehen vor, daß die Krankenkassen die Kosten des Zahnersatzes oder Zuschüsse dazu tragen, ohne daß die Träger der Rentenversicherung beteiligt sind. Zum Ausgleich dafür haben die Träger der Rentenversicherung auf die Erstattung des Krankengeldes verzichtet. Diese Vereinbarung übernimmt der Entwurf als Grundlage für die gesetzliche Regelung.

Nr. 5

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Neu ist, daß künftig der Zuschuß nach den Rechnungsergebnissen des Vorjahres gezahlt werden soll. Damit wird vermieden, daß sowohl die Träger der Rentenversicherung wie die Versicherten bis zum Ablauf des Geschäftsjahres nicht wissen, wie hoch der Zuschuß tatsächlich ist. Andererseits wird die Zahlung des Zuschusses nicht mehr davon abhängig gemacht, daß eine Krankenversicherung abgeschlossen ist. Für Rentner, die keine Krankenversicherung abgeschlossen haben, ist der Zuschuß als Beitrag zu etwaigen Krankheitskosten gedacht.

Nr. 6

Diese Vorschrift stellt den Wortlaut den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend richtig.

Nr. 7

§ 1434 RVO ist entbehrlich, nachdem die Vergütung für den Beitragseinzug und für den Umtausch der Versicherungskarten im Zweiten Buch der RVO geregelt ist (§ 323 des Entwurfs).

Nr. 8

Die Krankenkassen sind auch als Einzugsstellen für die Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der Arbeitslosenversicherung Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Aufteilung der eingezogenen Beiträge ist gesetzlich vorgeschrieben. Es versteht sich von selbst, daß diese Vorschriften von einer Körperschaft des öffentlichen Rechts beachtet werden. Einer Nachprüfung durch einen anderen Versicherungsträger bedarf es dazu jedenfalls nicht. Die Prüfung der Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörden schließt ferner ein, daß die Krankenkassen auch als Einzugsstellen geprüft werden. Auch aus diesem Grunde ist die Prüfung durch andere Versicherungsträger entbehrlich.

Nr. 9

Nach bisherigem Recht gewähren die Krankenkassen auch bei Tötung durch Unfall Sterbegeld nach den Vorschriften der Krankenversicherung (§ 201 RVO). Nach § 1508 RVO geht dieses Sterbegeld bis zur Höhe des Sterbegeldes aus der Unfallversicherung zu Lasten des Trägers der Unfallversicherung. Diese Vorschrift ist entbehrlich, nachdem in § 219 des Entwurfs vorgesehen ist, daß der Anspruch auf Sterbegeld aus der Krankenversicherung entfällt,

soweit Sterbegeld von einem Träger der Unfallversicherung gewährt wird.

Nr. 10

Das neue Recht der Krankenversicherung läßt es zu, für ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege den tatsächlichen Aufwand festzustellen. Schwierigkeiten entstehen lediglich noch bei der Ermittlung des tatsächlichen Aufwandes für Arznei- und Verbandmittel. Dieser Aufwand soll wie im geltenden Recht auch künftig pauschal abgegolten werden.

Nr. 11

Diese Vorschrift entspricht der Änderung in Nr. 10.

Nr. 12

Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, daß Schadenersatzansprüche, die Familienangehörige des Versicherten gegen Dritte geltend machen können, auf den Versicherungsträger übergehen, der die Leistungen erbracht hat. Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 205c).

Nr. 13

Der Entwurf sieht einen Sonderabschnitt für Ersatzkassen nicht mehr vor. Die Vorschrift ist daher entbehrlich.

Zu § 2**Nr. 1 bis 5**

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen denen, die in Artikel 2 § 1 Nr. 4 bis 8 für die Änderung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter vorgesehen sind.

Zu §§ 3 und 4

Diese Änderungen ergeben sich aus der Neuordnung des Rechts der Krankenversicherung (Änderung des Umfangs der Versicherung, Einbeziehung der Krankenversicherung der Arbeitslosen in das Zweite Buch der RVO). Sie entsprechen im übrigen denen, die in Artikel 2 §§ 1 und 2 aus den gleichen Erwägungen für die Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten vorgesehen sind.

Zu § 5

Dieser Paragraph enthält die Änderungen der Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG).

Nr. 1**Zu § 15 RKG**

Die Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung in der knappschaftlichen Krankenversicherung richten sich grundsätzlich nach den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Abweichend von diesen Vorschriften kann jedoch durch die Satzung die Versicherungspflicht auf Personen erstreckt werden, die wegen der Höhe ihres Arbeitseinkommens und ihres Anspruches auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle versicherungsfrei sind. Diese Regelung ent-

spricht im wesentlichen dem geltenden Recht; in den Satzungen ist von der Möglichkeit, die Versicherungspflicht auszudehnen, durchweg Gebrauch gemacht worden.

Die Ermächtigung, die Versicherungspflicht auf diese Beschäftigten auszudehnen, ist auf Grund der besonderen Gegebenheiten im Bergbau erforderlich. Die außergewöhnlich hohe gesundheitliche Belastung des Bergmannes, die auch zu Sonderleistungen in der knappschaftlichen Rentenversicherung geführt hat, ist für Arbeiter und Angestellte gleich. Hinzu kommt, daß die Einkommen der Angestellten sich weitgehend nach dem jeweiligen Arbeitsergebnis richten (Zahlung von Leistungsprämien). Aus diesem Grunde ist auch in der knappschaftlichen Rentenversicherung abweichend von der Regelung in der Rentenversicherung der Angestellten keine Versicherungspflichtgrenze festgesetzt worden.

Die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner, die durch das Gesetz vom 12. Juni 1956 (BGBl. I S. 500) nicht berührt worden ist, wird nunmehr nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung neu geregelt. Die Zugehörigkeit zu einem Träger der Krankenversicherung kann jedoch nicht von der zuletzt bestehenden Mitgliedschaft abhängig gemacht werden. Sie soll sich entsprechend der Regelung in der knappschaftlichen Rentenversicherung danach richten, daß der Versicherte bzw. die Person, von der Hinterbliebene ihren Rentenanspruch herleiten, eine bestimmte Zeit — 60 Kalendermonate — in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert gewesen ist. Diese Sonderregelung erscheint erforderlich, um zu gewährleisten, daß der Bergmann, auch wenn er in fortgeschrittenem Alter nicht mehr im Bergbau tätig gewesen ist, bei dem Träger der Krankenversicherung versichert wird, der ihn während der überwiegenden Zeit seines Arbeitslebens betreut hat. Diese Regelung entspricht auch weitgehend dem geltenden Recht.

Zu § 16 RKG

Die Vorschrift bestimmt, daß sich das Leistungsrecht in der knappschaftlichen Krankenversicherung grundsätzlich nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung richtet.

Zu § 17 RKG

Auch wenn die ärztliche Versorgung durch Knappschaftsärzte gewährt wird, gilt grundsätzlich das Leistungsrecht der Reichsversicherungsordnung einschließlich der freien Arztwahl unter den Knappschaftsärzten. Im übrigen muß eine Regelung getroffen werden, wie bei ärztlicher Behandlung die Mitgliedschaft nachzuweisen und die Zuzahlung zu vermerken ist.

Zu § 18 RKG

Nach der Satzung wird den Angestellten, die auf Grund des zur Zeit geltenden § 16 des Reichsknappschaftsgesetzes versichert sind, die notwendige Krankenhauspflege in einer höheren Klasse gewährt. Diese Regelung hat sich im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse im Bergbau als zweckdienlich erwiesen. Es ist daher angebracht, dem Träger der

knappschaftlichen Krankenversicherung auch weiterhin eine solche Ermächtigung einzuräumen.

Zu § 19 RKG

Die Vorschrift regelt, welcher Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten zuständig ist.

Die Vorschrift der Reichsversicherungsordnung über die Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung für die Arbeitslosen, für die in mehreren Arbeitsverhältnissen beschäftigten Versicherten und für die Versicherungsberechtigten finden entsprechende Anwendung. Unständig Beschäftigte werden wie bisher nicht in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert.

Zu § 20 RKG

Diese Vorschrift bestimmt, daß für die Mitgliedschaft die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (§§ 281 bis 288) gelten. Eine besondere Regelung für die knappschaftliche Krankenversicherung ist nicht notwendig. Auf die Begründung zu den §§ 281 bis 288 der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Nr. 2

Zu § 38 RKG

Die entsprechende Vorschrift in § 1239 der Reichsversicherungsordnung und in § 16 des Angestelltenversicherungsgesetzes wird ebenfalls gestrichen (vgl. Art. 2 § 1 Nr. 4 und § 2 Nr. 1 und die Begründung hierzu).

Nr. 3

Abweichend von der Regelung in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten wird zur Zeit in der knappschaftlichen Rentenversicherung beim Zusammentreffen von Rente mit Krankengeld das Krankengeld auf die Rente angerechnet. Nach § 200 der Reichsversicherungsordnung soll nunmehr grundsätzlich die Rente auf das Krankengeld angerechnet werden, so daß die Sonderbestimmung des § 74 wegfallen muß.

Nr. 4

Zu § 96a RKG

Eine entsprechende Vorschrift wird auch nach Artikel 2 § 1 Nr. 5 in das Vierte Buch der Reichsversicherungsordnung und nach Artikel 2 § 2 Nr. 2 in das Angestelltenversicherungsgesetz eingefügt. Da die knappschaftliche Rentenversicherung für die Rentner keine Beiträge entrichtet, sondern die Aufwendungen erstattet (vgl. § 118), muß anstelle des Beitrags der Durchschnittsbetrag der Aufwendungen, bezogen auf einen Rentner, treten. Da die Knappschaften die Höhe dieser Aufwendungen erst einige Monate nach Abschluß des Rechnungsjahres feststellen können, ist für die Geltungsdauer des zu errechnenden Betrages der vorgesehene Zeitraum gewählt worden. Im übrigen wird auf die Begründung zu den in Satz 1 genannten Vorschriften verwiesen.

Nr. 5**Zu § 114 Abs. 4 RKG**

Es ist notwendig, daß § 320 Abs. 1 und 2 der Reichsversicherungsordnung auch für die Knappschaftsversicherung gilt. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Nr. 6**Zu § 115 RKG**

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Es war erforderlich, sie der Neuregelung anzupassen.

Nr. 7**Zu §§ 117 bis 119 RKG**

Für die Bemessung der Beiträge kann im wesentlichen auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Bezug genommen werden.

Von einer Verweisung auf § 306 der Reichsversicherungsordnung wird Abstand genommen, weil es sich bei der Knappschaftsversicherung bereits um eine Sonderversicherung für einen Personenkreis mit ausgeprägtem Berufsrisiko handelt. Eine weitere Abstufung der Beitragssätze unter dem Gesichtspunkt erhöhter Erkrankungsgefahr erscheint daher nicht angebracht.

Die Anforderung für die Krankenversicherung der Rentner werden in der Knappschaftsversicherung seit je in tatsächlicher Höhe von der knappschaftlichen Rentenversicherung erstattet. Dieses Verfahren hat sich für diesen Versicherungszweig als zweckmäßig erwiesen, sodaß es beibehalten werden soll. Dafür spricht, daß die Zahl der Rentner zur Zahl der Versicherten annähernd im Verhältnis 1:1 steht. Dadurch, daß nach § 310 der Reichsversicherungsordnung eine Eigenbeteiligung der Krankenkasse vorgesehen ist, würde bei diesem ungünstigen Verhältnis eine Belastung der knappschaftlichen Krankenversicherung eintreten, die bei den bereits erheblichen Soziallasten im Bergbau nicht vertretbar erscheint. Hierzu wird auf Artikel 3 § 15 verwiesen. Unter diesen Umständen erscheint die vorgesehene Erstattung der tatsächlichen Anforderungen bei den Knappschaften, die Träger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung sind, als das Gegebene. Dabei wird auch gewährleistet, daß die knappschaftliche Rentenversicherung, die weitgehend von Bundeszuschüssen abhängig ist, gerecht belastet wird.

Da für die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner keine Beitragszahlung vorgesehen ist, muß für die Versicherten, die nach § 311 der Reichsversicherungsordnung den Beitrag zunächst selbst zu tragen haben, ein fiktiver Beitrag festgesetzt werden.

Zu § 120 RKG

Absatz 2 sieht eine Garantie des Bundes für die knappschaftliche Krankenversicherung vor. Zur Zeit fehlt ein solcher Garantieträger. Da jedoch die Finanzlage der Knappschaften im engen Zusammenhang mit der Wirtschaftslage des Bergbaus steht, ist es dringend geboten, der knappschaftlichen Kran-

kenversicherung eine Sicherung zu geben. Im Hinblick darauf, daß die Knappschaften sowohl Träger der Rentenversicherung als auch Träger der Krankenversicherung sind und der Bund bereits für die knappschaftliche Rentenversicherung nach § 128 des Reichsknappschaftsgesetzes verpflichtet ist, einen entstandenen Fehlbetrag zu decken, erscheint es naheliegend, auch für die knappschaftliche Krankenversicherung den Bund als Garantieträger heranzuziehen.

Im übrigen wird auf die Begründung zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§§ 329 bis 332) verwiesen.

Zu § 121 RKG

Für die Verwaltung der Mittel und die Auftragsangelegenheiten gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, soweit sie für die Knappschaften in Betracht kommen. Auf die Begründung zu diesen Vorschriften wird verwiesen.

Zu § 122 RKG

An der Verwaltung der Rücklagen sind im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Landesverbände beteiligt. Landesverbände fehlen im Bereich der Knappschaftsversicherung; ihre Aufgaben soll nach Artikel 2 § 6 die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland wahrnehmen. Da die Arbeitsgemeinschaft bereits die Rücklagen der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne unmittelbare Beteiligung der Knappschaften verwaltet, ist es naheliegend und zweckentsprechend, ihr in gleicher Weise auch die Verwaltung der Rücklagen der knappschaftlichen Krankenversicherung zu übertragen.

Nr. 8**Zu § 142 Abs. 1 und 3 RKG**

Aus systematischen Gründen ist die Verweisung auf § 1400 Abs. 3 (n. F.) der Reichsversicherungsordnung, der dem § 1426a (a. F.) der Reichsversicherungsordnung entspricht, in den neugefaßten § 115 Abs. 2 aufgenommen worden.

Aus gleichen Gründen wird der geltende Absatz 8 des § 143 unter Anpassung an den Wortlaut des § 321 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung dem § 142 als neuer Absatz 3 angefügt.

Nr. 9**Zu §§ 143 und 144 RKG**

Auf Grund der Neuregelung des Krankenversicherungsrechts ist es erforderlich, den VI. Unterabschnitt des Achten Abschnitts neu zu fassen und aus systematischen Gründen die Vorschriften über die Meldepflicht und die Überwachung zu trennen.

Die Vorschrift des derzeitigen § 143 des Reichsknappschaftsgesetzes wird weitgehend übernommen.

Nr. 10**Zu §§ 189 und 190 RKG**

§ 189 in der derzeitigen Fassung entspricht zum Teil nicht mehr dem geltenden Recht.

Die Neufassung dieser Vorschriften paßt das Aufsichtsrecht unter Berücksichtigung des geltenden Rechts an die Neuregelung an.

Nr. 11

§ 203 in der derzeitigen Fassung des Reichsknappschaftsgesetzes ist durch die Aufhebung des § 202 des Reichsknappschaftsgesetzes (z. vgl. § 224 Abs. 3 Nr. 4 des Sozialgerichtsgesetzes) gegenstandslos geworden und daher zu streichen.

Nr. 12

a) Nach dem geltenden Recht (§ 204 RKG) kann der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung das Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken nach den örtlichen Gegebenheiten gestalten. Die Knappschaften haben auf Grund dieser gesetzlichen Ermächtigung die ärztliche Versorgung durch bezirklich eingesetzte Ärzte (Knappschaftsärzte), mit denen sie Einzelverträge abschließen, oder durch die zu den RVO-Kassen zugelassenen Kassenärzte sichergestellt; im letzteren Falle werden die Verträge mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen.

Sowohl die mit den einzelnen Knappschaftsärzten als auch die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Verträge unterliegen den Vorschriften des bürgerlichen Rechts.

b) Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen auf dem Gebiet der knappschaftlichen Krankenversicherung für die Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte sowie das Verhältnis zu Dritten (Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen sowie sonstigen Heilberufen und Lieferanten) grundsätzlich die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung gelten. Das neue Recht vereinheitlicht das Arztrecht weitgehend und sichert die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Berechtigten, unabhängig vom Zustandekommen privatrechtlicher Verträge.

Der Entwurf räumt aber dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung das Recht ein, unter bestimmten Voraussetzungen an Stelle des Kassenarztsystems die ärztliche Versorgung durch Knappschaftsärzte (Knappschaftszahnärzte) gewähren zu lassen. Damit hat der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, das bisherige bewährte Knappschaftsarztsystem dort beizubehalten, wo es die örtlichen Gegebenheiten erfordern.

Zu § 199 RKG

Durch diese Vorschrift wird bestimmt, daß für die knappschaftliche Krankenversicherung grundsätzlich das Recht der Reichsversicherungsordnung entsprechend gilt, soweit nicht nach § 200 eine andere Regelung getroffen wird.

§ 386 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt für die knappschaftliche Krankenversicherung nicht. Wegen der für den Bergbau typischen Krankheiten ist es erforderlich, besondere Maßnahmen zu ihrer

Verhütung und Bekämpfung durchzuführen. Diese können praktisch nur durch den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung auf dem Wege über Eigeneinrichtungen getroffen werden. Er muß daher in der Lage sein, die Zahl und den Umfang der Eigeneinrichtungen nach seinem Ermessen zu bestimmen.

Auf die Begründung zu den §§ 381 bis 398 und 413 bis 421 der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Zu § 200 RKG

Nach dieser Vorschrift kann die Satzung des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung bestimmen, daß die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten und ihrer Familienangehörigen in näher bezeichneten Bezirken nur durch Knappschaftsärzte, das heißt durch Vertragsärzte des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung, gewährt wird. Macht die Satzung von dieser Ermächtigung Gebrauch, so findet insoweit § 199 und damit die ärztliche Versorgung durch Kassenärzte keine Anwendung.

Auf Grund der Ermächtigung, die ärztliche Versorgung durch Knappschaftsärzte zu gewähren, kann der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung seine Mitglieder durch Ärzte betreuen lassen, die mit den Tätigkeiten sowie Arbeitsbedingungen unter und über Tage vertraut sind und die auf Grund einer besonderen Ausbildung und ihrer beruflichen Neigungen die für die Behandlung der Erkrankungen des Bergmannes notwendigen Erfahrungen besitzen. Für den Bergmann ist der Knappschaftsarzt in allen Wechselfällen des täglichen Lebens einschließlich des Unfalles auf der Zeche der wichtigste Helfer, zu dem ein festes Band gegenseitigen Vertrauens besteht. Der Knappschaftsarzt erwirbt die besonderen Erfahrungen für die Behandlung der Bergmannskrankheiten, z. B. Erkrankungen der Atmungsorgane, Hauterkrankungen, Magenkrankheiten, Schleimbeutelentzündungen, Augenzittern, Steinstaublunge, Preßluftschäden, Meniskus-schäden und Wurmkrankheiten, durch die in der Regel vorangehende klinische Ausbildung in knappschaftseigenen Krankenhäusern bzw. in Vertragskrankenhäusern der Bergbaureviere. Die Bedingungen an den verschiedenen Arbeitsplätzen des Bergbaues — etwa 200 — lernt er durch Grubenfahrten kennen und gewinnt auf diese Weise die Sondererfahrung, die für die Beurteilung der Versicherungsfälle der Knappschaftsversicherung und für schnelle sowie erfolgreiche ärztliche Hilfe bei Unfällen und Grubenunglücken erforderlich ist.

Diese Vorschrift trägt somit den Bedürfnissen und Verhältnissen des Bergbaus insoweit Rechnung, als es der Selbstverwaltung über die Satzung überlassen bleibt, die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten durch Knappschaftsärzte zu gewähren. Das neue Recht gestattet die Beibehaltung eines in vielen Jahrzehnten bewährten und auf die besondere Situation des Bergbaus zugeschnittenen Arztsystems.

Voraussetzung für die Beibehaltung bzw. Einführung der knappschaftsärztlichen Versorgung ist aber,

daß der Versicherte unter zumutbaren Umständen seine Wahl unter mehreren Ärzten treffen kann. Es ist somit auch ein Anliegen der Neuregelung, den knappschaftlich Versicherten die individuelle freie Entscheidung bei der Wahl des Arztes zu gewährleisten.

Da der Entwurf außerdem vorsieht, daß der Knappschaftsarzt hauptberuflich für den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sein muß (§ 202), kann sich das Knappschaftsarztsystem nur auf bergbauliche Kerngebiete erstrecken.

Zu § 201 RKG

Absatz 1 entspricht dem § 381 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu §§ 202, 203 und 204 RKG

Die Vorschriften betreffen die Stellung und Auswahl des Knappschaftsarztes.

Der Knappschaftsarzt kann den gestellten Anforderungen nur dann in ausreichendem Maße gerecht werden, wenn er sich seinen Aufgaben hauptberuflich widmet und damit stets in engem Kontakt mit dem Bergbau bleibt.

Die Beziehungen zwischen dem Knappschaftsarzt und dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sind wie bisher nicht öffentlich-rechtlicher Natur. Die Stelle eines Knappschaftsarztes wird durch einen Vertrag zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und dem Arzt übertragen (§ 204 Abs. 1). Dieser Vertrag ist den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterworfen.

Eine freie Knappschaftsarztstelle ist auszuschreiben. Um sie kann sich jeder Arzt bewerben, der die besondere Vorbereitungszeit abgeleistet hat. Das Nähere über die Art der Ausschreibung sowie über die Art und Dauer der Vorbereitungszeit ist in der Satzung festzulegen.

Zur Zeit werden die Knappschaftsärzte durch den Vorstand des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung ausgewählt. In Zukunft sollen bei der Auswahl auch Vertreter der Knappschaftsärztlichen Vereinigung verantwortlich mitwirken. Daher hat der Träger einen Ausschuß zu bilden, der den Arzt auswählt. Seine Zusammensetzung ergibt sich aus § 204 Abs. 3. Hat der Ausschuß seine Wahl getroffen, so ist der Träger nach § 204 Abs. 1 Satz 2 verpflichtet, den Vertrag mit dem ausgewählten Arzt abzuschließen (Kontrahierungszwang).

Zu § 205 RKG

Der Knappschaftsarzt soll die gleichen Rechte und Pflichten wie der Kassenarzt haben. Aus diesem Grunde wurden § 390 Abs. 1 und 3 sowie § 392 Abs. 2 und 3 der Reichsversicherungsordnung im wesentlichen übernommen. Auf die Begründung zu diesen Vorschriften wird verwiesen.

Zu § 206 RKG

Wählt der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung das Knappschaftsarztsystem, so ver-

gütet er die ärztlichen Leistungen nach einem Vertrag, der zwischen ihm und der Knappschaftsärztlichen Vereinigung geschlossen wird (§ 206 Satz 1). Der Gesetzentwurf beläßt es also für das Knappschaftsarztsystem im wesentlichen bei der bisherigen Regelung, die sich bewährt hat.

Da auch beim Knappschaftsarztsystem die Selbstbeteiligung des Versicherten vorgesehen ist, muß sich der Knappschaftsarzt ebenso wie der Kassenarzt den Betrag der Zuzahlung anrechnen lassen (§ 206 Satz 2).

Zu §§ 207, 208 und 209 RKG

Die Knappschaftsärzte sind zur Zeit nicht Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung. Sie haben sich zu eingetragenen Vereinen zusammengeschlossen. Diese Vereine bilden eine Arbeitsgemeinschaft.

In Anlehnung an die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Kassenärzte und Kassenzahnärzte — auf die Begründung hierzu wird verwiesen — wird in § 207 festgelegt, daß die Knappschaftsärzte zur Erfüllung der ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben eine Knappschaftsärztliche Vereinigung zu bilden haben.

Die Knappschaftsärztliche Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Zusammen mit dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung ist sie für die Sicherstellung der knappschaftsärztlichen Versorgung der Versicherten verantwortlich; beide haben die Erfüllung der den Knappschaftsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen (§ 208 Abs. 1). Die Knappschaftsärztliche Vereinigung hat also öffentlich-rechtliche Aufgaben zu erfüllen. Sie ist Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 209). § 209 entspricht dem § 393 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung; auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Im übrigen gelten für den Aufbau und die Organisation der Knappschaftsärztlichen Vereinigung die entsprechenden Vorschriften über die Kassenärztlichen Vereinigungen, so daß darauf verwiesen werden kann; auf die Begründung zu diesen Vorschriften wird Bezug genommen.

Zu § 210 RKG

Die Rechtslage für die Knappschaftszahnärzte usw. entspricht der der Knappschaftsärzte, so daß auf diese Rechtsvorschriften verwiesen werden kann.

Zu §§ 211 und 212 RKG

Der beratungsärztliche Dienst im Bereich der Knappschaftsversicherung erfordert besondere Kenntnisse über die Verhältnisse im Bergbau, die typischen Erkrankungen des Bergmannes und die Besonderheiten der Knappschaftsversicherung. Die vorgesehene Errichtung einer besonderen Anstalt als Träger des beratungsärztlichen Dienstes für den Bereich der Knappschaftsversicherung trägt dem Rechnung.

Da in der knappschaftlichen Kranken- und Rentenversicherung der gleiche Personenkreis versichert ist, berühren und überschneiden sich die Tätigkeits-

gebiete beider Versicherungszweige weitgehend. Aus diesem Grunde soll der knappschaftliche beratungsärztliche Dienst für beide Versicherungszweige tätig werden.

Die örtliche Verteilung der knappschaftlich Versicherten ist sehr unterschiedlich; Gebieten mit starker Zusammenballung stehen Gebiete gegenüber, in denen nur wenige knappschaftlich Versicherte ansässig sind. Die Dienststellen des knappschaftlichen beratungsärztlichen Dienstes sollen daher nach Bedarf errichtet werden. Um die Errichtung eigener Dienststellen des knappschaftlichen beratungsärztlichen Dienstes in Gebieten mit wenigen knappschaftlich Versicherten zu vermeiden, wurde die Möglichkeit eröffnet, gegebenenfalls die örtlich vorhandenen Dienststellen anderer Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes in Anspruch zu nehmen.

Zu § 213 RKG

Die Regelung entspricht den Vorschriften für die übrigen Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes.

Zu § 214 RKG

Da der beratungsärztliche Dienst im Einzelfall für die knappschaftliche Krankenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung nicht in gleichem Maße tätig sein wird — ärztliche Untersuchungen im Zusammenhang mit der Feststellung einer Rente nehmen z. B. erheblich mehr Zeit in Anspruch als die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit —, kann für die Aufteilung der Kosten nicht von der Zahl der Einzelfälle, sondern nur von der tatsächlichen Inanspruchnahme ausgegangen werden.

Nr. 13 und 14

Zu §§ 233, 234 und 234a RKG

Im Gegensatz zum geltenden Recht sind die Strafvorschriften für die knappschaftliche Krankenversicherung und für die knappschaftliche Rentenversicherung einheitlich gefaßt worden.

§ 233 Abs. 1 entspricht dem geltenden Recht. § 233 Abs. 2 und 3 ist an die §§ 429 und 430 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Entwurfs angepaßt; auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

§ 234 Abs. 1 Nr. 1 und 2 stimmt im wesentlichen mit dem § 428 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Entwurfs überein; auf die Begründung hierzu wird verwiesen. § 234 Abs. 1 Nr. 3 und 4 entspricht im wesentlichen den §§ 1428 und 1429 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung, die nach derzeitigem Recht auch für die knappschaftliche Rentenversicherung Anwendung finden (§ 233 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit Artikel 3 § 1 des ArVNG.). Die nach § 1429 Satz 2 gegebene Möglichkeit, bei Zahlungsverzug neben der Ordnungsstrafe noch den ein- bis zweifachen Betrag der Rückstände zusätzlich zu fordern, soll in Übereinstimmung mit der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung wegfallen. Für die Festsetzung der Ordnungsstrafen nach § 234 Abs.

1 ist nach § 235 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes der Vorstand zuständig.

Wegen der Verstöße gegen die Krankenordnung konnte auf § 427 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Entwurfs verwiesen werden; auf die Begründung hierzu wird Bezug genommen.

Durch die Verweisung auf die §§ 431 und 432 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Entwurfs wird sichergestellt, daß die in diesen Vorschriften genannten Personen ebenfalls von den Strafvorschriften erfaßt werden.

Zu § 6

Im Bereich der Knappschaftsversicherung bestehen keine Landes- und Bundesverbände. Ihre Aufgaben werden der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland zugewiesen, die ähnliche Aufgaben schon bisher zu erfüllen hat.

Zu § 7

Die Leistungen der Wochenhilfe nach § 13 des Mutterschutzgesetzes und nach der Reichsversicherungsordnung sollen zusammengefaßt und künftig ausschließlich in der Reichsversicherungsordnung geregelt werden. Dadurch werden § 13 des Mutterschutzgesetzes in seiner bisherigen Fassung sowie alle sich auf diese Vorschrift beziehenden Bestimmungen im Mutterschutzgesetz entbehrlich.

Nr. 1

Die Änderung ist erforderlich, weil in Artikel 1 § 212 Abs. 1 in Verbindung mit § 285 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt wird, daß die Frauen, deren Arbeitsverhältnis zulässig gekündigt wird, das Mutterschaftsgeld in voller Höhe erhalten.

Nr. 4

Die Streichung ist erforderlich, weil in der Familienhilfe künftig kein Wochengeld gewährt wird.

Nr. 5

In dieser Vorschrift werden alle Bestimmungen zusammengefaßt, die für die Sonderunterstützung nach § 11 des Mutterschutzgesetzes noch erforderlich bleiben und bisher in den §§ 13 bis 16 des Mutterschutzgesetzes enthalten sind.

Zu § 8

Nr. 1 und 2

Die Änderungen der §§ 1 und 2 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle ergeben sich aus der vorgeschlagenen neuen Berechnungs- und Zahlungsweise des Krankengeldes.

Nr. 3

Die Änderung dient der Klarstellung einer bisher umstrittenen Rechtsfrage.

Nr. 4

Die Streichung ist wegen der Neufassung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung erforderlich.

Zu § 9

Berufungsausschüsse und Schiedsämter sieht der Entwurf nicht mehr vor. Daher müssen alle Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes geändert werden, die sich auf den Berufungsausschuß, das Verfahren in Angelegenheiten des Kassenarztrechts und das Schiedsamt beziehen.

Zu § 10

§ 22 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes bestimmt, daß bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung § 8 Abs. 3 der Krankenpflegeverordnung und § 9 Abs. 3 der Säuglings- und Kinderpflegeverordnung weiterhin Anwendung findet. Die Versicherung der Personen, die in der Ausbildung für den Beruf der Krankenschwester, des Krankenpflegers, der Kinderkrankenschwester und der Hebamme stehen, wird in Artikel 1 § 172 Abs. 1 Nr. 2 neu geregelt. § 22 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes wird damit entbehrlich.

Zu § 11

Wegen der Neuregelung der Gewährung von Krankenhauspflege wird § 45 Abs. 2 des Seemannsgesetzes entbehrlich.

Zu §§ 12 und 13

Da die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung freizügiger gestaltet werden soll, werden Sondervorschriften über die Zulassung vertriebener oder evakuierter Ärzte entbehrlich. Die in den gestrichenen Vorschriften bezeichneten Ärzte erfüllen alle die Voraussetzungen zur uneingeschränkten Zulassung am Ort ihrer Niederlassung.

Zu § 14**Nr. 1**

Es gilt das zu §§ 12 und 13 Gesagte.

Nr. 2 bis 5

Die Änderungen ergeben sich aus der Neuregelung in Artikel 1 dieses Gesetzes.

Zu § 15

Es gilt das zu §§ 12 und 13 Gesagte.

ZU ARTIKEL 3**Zu § 1**

Einige Personengruppen, die nach bisherigem Recht versicherungspflichtig sind (Selbständige, Arbeiter mit Lohnfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 7920 Deutsche Mark übersteigt), sollen künftig versicherungsfrei sein. Diese Versicherungsfreiheit soll jedoch erst sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden, weil sowohl den Betroffenen wie den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden muß, sich auf die neuen Verhältnisse einzustellen. Wer versicherungsfrei wird, soll nach Absatz 2 das Recht haben, die Pflichtversiche-

rung freiwillig fortzusetzen, ohne daß die sonst geforderte Vorversicherungszeit nachgewiesen zu sein braucht.

Zu § 2

Die neue Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises der Rentenbewerber und Rentenbezieher, wie sie § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 des Entwurfs vorsieht, hätte zur Folge, daß alle diejenigen bisher versicherungspflichtigen Rentner, die in den letzten fünf Jahren vor der Antragstellung nicht mindestens 52 Wochen pflichtversichert waren, aus der Versicherungspflicht ausscheiden müßten. Durch die Überleitungsvorschriften wird sichergestellt, daß die Pflichtversicherung dieser Rentenbezieher solange fortbesteht, wie Rente gewährt wird. Die Pflichtversicherung dieser Rentenbezieher bleibt auch dann bestehen, wenn sie im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes dadurch unterbrochen war, daß eine Versicherung nach anderen gesetzlichen Vorschriften bestanden hat (z. B. durch versicherungspflichtige Beschäftigung). Da künftig für die in der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtigen Rentner die gleichen Voraussetzungen gelten wie für die Rentenbezieher der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, sieht Absatz 2 Entsprechendes für die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vor.

Zu § 3

Nach geltendem Recht sind Hinterbliebene, die einen Rentenantrag gestellt haben, dann nicht versicherungspflichtig, wenn der Ehemann (Vater oder Mutter) als Arbeiter oder Angestellter in den letzten fünf Jahren vor seinem Tode zwar 52 Wochen pflichtversichert war, aber zuletzt der Krankenversicherung als Selbständiger freiwillig angehört hat und vor seinem Tode eine Versichertenrente weder beantragt noch bezogen hat. Diese Hinterbliebenenrentner sollen in die Pflichtversicherung einbezogen werden. Da jedoch die Krankenkassen diese Personen, soweit die Antragstellung vor Inkrafttreten dieses Gesetzes liegt, nicht erfassen können, kann die Versicherung erst beginnen, wenn sich diese Personen melden.

Zu § 4

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 9 der Übergangsvorschriften des Gesetzes über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (BGBl. I S. 500). Der Stichtag des 1. Juli 1944, der in der Krankenversicherung keine Bedeutung mehr hat, wird jedoch fallen gelassen. Für die Neuregelung kommen lediglich die Personen in Betracht, die nach Inkrafttreten des Gesetzes als Vertriebene oder Flüchtlinge in die Bundesrepublik kommen und sofort einen Rentenantrag stellen. Es genügt, wenn die erforderliche Vorversicherungszeit innerhalb von fünf Jahren vor dem Tag der ständigen Aufenthaltnahme zurückgelegt ist, weil dann zur Begründung der Versicherungspflicht auch Versicherungszeiten berücksichtigt werden, die im ehemaligen Aufenthaltsland zurückgelegt worden sind.

Alle anderen Personen, die arbeitsfähig sind, werden in Deutschland die Vorversicherungszeit erfüllen können. Da dem Bundestag z. Z. der Entwurf eines Fremdrenten- und Auslandsrenten-Neuregelungsgesetzes vorliegt — Drucksache 1109 —, wird die vorgesehene Vorschrift damit abzustimmen sein.

Zu § 5

Die §§ 5 bis 10 beziehen sich nur auf laufende Leistungen. Überleitungsvorschriften für einmalige Leistungen sind nicht erforderlich, da hierfür das im Zeitpunkt der Bewilligung geltende Recht anzuwenden ist.

Zu § 6

Mit Inkrafttreten des Gesetzes muß das bis dahin geltende Abrechnungssystem für ärztliche und zahnärztliche Honorare umgestellt werden. Versicherte, die zu diesem Zeitpunkt in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung stehen, müssen daher nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Mitgliedsbescheinigung nach neuem Recht dem Arzt vorlegen. Mit dem Vorlegen der Mitgliedsbescheinigung für die ersten sechs Wochen der Behandlung soll künftig die Zuzahlungspflicht verbunden sein. Da aus verwaltungsmäßigen Gründen eine rückwirkende Feststellung, wie lange die Behandlung gedauert hat, unmöglich ist, soll die Dauer der vor dem Inkrafttreten des Gesetzes liegenden Behandlung unberücksichtigt bleiben. Dies ist deswegen auch gerechtfertigt, weil für diese Behandlungsfälle noch keine Zuzahlung geleistet worden ist. Um jedoch Unbilligkeiten zu vermeiden, soll keine Zuzahlung zu leisten sein, solange der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat, aber keine sonstige wirtschaftliche Hilfe für den Fall der Arbeitsunfähigkeit erhält.

Zu § 7

Die Verlängerung der Leistungsdauer für Krankenhauspflge und Krankengeld soll auch den Versicherten zugute kommen, die diese Leistungen bei Inkrafttreten des Gesetzes beziehen. Die Vorschrift stellt sicher, daß Bezugszeiten nach neuem und nach geltendem Recht zusammengerechnet werden.

Zu § 8

Da es in vielen Fällen unmöglich ist, das laufende Krankengeld nach der neuen Berechnungsformel neu zu berechnen, sollen die bisherige Bemessungsgrundlage und die Zahlungsweise für die laufenden Fälle beibehalten werden. Jedoch sollen den Versicherten die nach neuem Recht geltenden Vomhundertsätze des Krankengeldes zugute kommen.

Zu § 9

Als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gilt bei den Leistungen der Wochenhilfe die Entbindung. Daher müßten für alle Fälle, in denen die Versicherte nach dem Inkrafttreten des Gesetzes entbindet, rückwirkend die Leistungen nach neuem

Recht umgestellt werden. Dies könnte zu Schwierigkeiten führen, weil nach geltendem Recht in vielen Fällen verschiedene Vorschriften nebeneinander anzuwenden sind (z. B. Mutterschutzgesetz neben Vorschriften der Wochenhilfe oder der Familienwochenhilfe). Daher sollen alle Fälle, in denen bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits Leistungen gewährt werden, nach geltendem Recht abgewickelt werden.

Zu § 10

Die Vorschrift regelt die Überleitung der bei Inkrafttreten des Gesetzes laufenden Leistungen der Familienhilfe und bestimmt, wie in den Fällen zu verfahren ist, in denen nach neuem Recht keine Ansprüche auf Familienhilfe mehr bestehen. Es kann sich dabei um Ehegatten oder Kinder handeln, für die die Voraussetzungen des Artikels 1 § 216 Abs. 1 Satz 2 oder 3 nicht erfüllt sind, oder um sonstige Angehörige, für die die Satzung keine Familienhilfe mehr vorsieht oder auf die der Versicherte die Erstreckung der Familienhilfe nicht beantragt.

Zu § 11

Voraussetzung für die Gewährung von Zahnersatz nach Artikel 1 § 191 Abs. 1 ist, daß sich der Versicherte regelmäßig zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen unterzogen hat. Da diese Voraussetzung erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes erfüllt werden kann, weil dann erst die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden, kann der volle Zahnersatz erst nach einer Übergangszeit gewährt werden. Während der Übergangszeit können demnach nur Zuschüsse zum Zahnersatz nach Artikel 1 § 191 Abs. 2 gewährt werden.

Zu § 12

Die Vorschrift schließt an Artikel 2 § 10 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (BGBl. I S. 500) an und gleicht die Zusatzversicherungen in der knappschaftlichen Rentenversicherung der Rentner dem Recht in der allgemeinen Krankenversicherung der Rentner an. Die aufwendige jährliche Neufeststellung der Höhe des Zusatzsterbegeldes nach geltendem Recht soll nicht beibehalten werden. Daher kann der Versicherte seine Zusatzsterbegeldversicherung in der im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Höhe weiterführen.

Zu § 13

Absatz 1

Um die auf Grund des geltenden Rechts bestehenden Verhältnisse in der Bundesrepublik der Organisationsregelung im zweiten Abschnitt des Neuregelungsentwurfs anzugleichen, ist bestimmt, daß Ortskrankenkassen, die über den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise hinausreichen, als nach § 235 Abs. 3 des Entwurfs angeordnete Ortskrankenkassen gelten.

Absatz 2

Nach dem Neuregelungsentwurf gibt es „besondere Ortskrankenkassen“ nicht mehr. Zur Zeit besteht als besondere Ortskrankenkasse die Krankenkasse der Schiffer in Lauenburg. Für das Weiterbestehen dieser Kasse besteht auch künftig ein Bedürfnis. Sie soll daher als nach § 235 Abs. 3 des Neuregelungsentwurfs angeordnete Ortskrankenkasse gelten.

Absatz 3

Zur Zeit gibt es nicht für jeden Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises eine Ortskrankenkasse. Soweit daher lediglich eine Landkrankenkasse besteht, hat diese bis zur Errichtung einer Ortskrankenkasse deren Aufgaben wahrzunehmen.

Zu § 14**Absatz 1**

Soweit bei Inkrafttreten des Gesetzes Landkrankenkassen bereits bestehen, erscheint eine Anordnung nach § 238 Abs. 2 des Neuregelungsentwurfs entbehrlich. Diese Kassen sollen daher als angeordnet im Sinne der genannten Vorschriften gelten.

Absatz 2

Nach geltendem Recht (§ 255 RVO) sind auch Betriebskrankenkassen zugelassen, die einen sehr geringen Mitgliederbestand haben. Diese Kassen müßten nach § 246 Abs. 1 Nr. 4 des Neuregelungsentwurfs geschlossen werden. Da es sich dabei oft um Kassen handelt, die auf eine segensreiche Tradition zurückblicken können und ihre Leistungsfähigkeit trotz des geringen Mitgliederbestandes bisher immer gegeben war, sollen sie erhalten bleiben. Ein Mitgliederbestand von 100 Versicherten darf jedoch auch von diesen Kassen über eine bestimmte Dauer hinaus nicht unterschritten werden, da ihre Leistungsfähigkeit dann zweifelhaft würde. Für die Innungskrankenkassen hat nach geltendem Recht (§ 256 RVO) eine ähnliche Regelung bestanden. Die oben für die Betriebskrankenkassen vorgesehene Regelung soll daher auch für Innungskrankenkassen gelten.

Absatz 3

Nach § 254 Nr. 1 des Neuregelungsentwurfs wird eine Ersatzkasse geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres unter 1000 sinkt. Der zu Absatz 2 für Betriebs- und Innungskrankenkassen getroffenen Regelung entspricht es, eine Schließung der vor dem 1. Januar 1914 zugelassenen Ersatzkassen vorzusehen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres unter 300 sinkt.

Zu § 15

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 6 der Übergangsvorschriften des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner. Die Notwendigkeit, sie zunächst unbefristet beizubehalten, ergibt sich aus der Tatsache, daß es noch immer Kassen gibt, bei denen die Zahl der versicherungspflichtigen

Rentner wesentlich höher ist als im Durchschnitt aller Kassen. Um die ungerechtfertigte Belastung dieser Kassen zu mildern, wird zugelassen, daß die Grundlohnkürzung ganz oder teilweise und für eine bestimmte Zeit wegfallen kann. Voraussetzung dafür ist jedoch nicht nur die um $\frac{1}{3}$ höhere Zahl der versicherungspflichtigen Rentenberechtigten, sondern die dadurch hervorgerufene unangemessene Belastung der Kasse.

Zu § 16

§ 310 Satz 5 des Entwurfs sieht vor, daß der Beitragssatz der Kasse für die Krankenversicherung der Rentner in einem bestimmten Verhältnis zu kürzen ist. Für dieses Verhältnis ist maßgebend, wie die Gesamtausgaben für Leistungen zu den Ausgaben für Krankengeld stehen. Da für eine Übergangszeit bei der Errechnung dieses Verhältnisses auf das geltende Recht zurückgegriffen werden muß, bedarf es einer besonderen Vorschrift, daß als Krankengeld im Sinne des § 310 Satz 5 auch das Hausgeld zu verstehen ist.

Zu § 17

Die Neuordnung des Rücklagewesens hat zur Folge, daß die bisher von den Abteilungen K der Landesversicherungsanstalten angesammelten Rücklagen entsprechend zu verteilen sind. Maßgebend für die Verteilung ist, welche Rücklagebildung in Zukunft gilt. Bei Kassen, die bisher ihre Rücklage bei der Abteilung K bilden mußten, nunmehr aber zur alleinigen Rücklagebildung berechtigt sind, weil sie keinem Landesverband angehören, ist der entsprechende Vermögensanteil am Rücklageguthaben in voller Höhe der Kasse zu übertragen. Entsprechendes gilt für die Kassen, die künftig ihre Rücklage zur Hälfte beim Landesverband bilden müssen. Für die Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung ist vorgesehen, daß eine Gemeinschaftsrücklage bei der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften gebildet wird.

Zu § 18

Wenn die Zielsetzung des Entwurfs erreicht werden soll, muß vom Inkrafttreten des Gesetzes an vorgesehen werden, daß auch für die im Zusammenhang mit Auftragsangelegenheiten entstehenden Verwaltungskosten Ersatz geleistet wird. Da es sich bis zum Erlaß entsprechender Rechtsverordnungen um eine Übergangsregelung handelt, wurde von einem Satz von 7 v.H. ausgegangen, wie er im geltenden Recht bereits üblich ist (§ 13 Häftlingshilfegesetz und § 4 Abs. 3 des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 18. März 1943, betreffend Änderungen der Bestimmungen für die Durchführung der §§ 219, 220 RVO).

Zu § 19**Absatz 1**

Die Vorschrift regelt die Überleitung des Verbänderechts nach §§ 406 ff RVO in das Recht der Bezirksverbände nach §§ 367 ff des Neuregelungsent-

wurfs. Da es sich hierbei lediglich um einen Wechsel in der Bezeichnung sonst identischer juristischer Personen handelt, braucht eine Vorschrift, die den Übergang von Rechten und Pflichten vorschreibt, nicht aufgenommen zu werden.

Absatz 2

Für die Bezirksverbände gibt es nach dem Neuregelungsentwurf keine Vertreterversammlungen mehr. Die Auflösung der Vertreterversammlungen der Verbände nach § 406 RVO ist daher mit Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen.

Absatz 3

Um den Rechtsübergang nach Absatz 1 für die beteiligten Verbände kostenfrei eintreten zu lassen, sieht die Vorschrift eine Freistellung von Gebühren, Abgaben und baren Auslagen und eine vereinfachte Form für den Nachweis des Überganges von dinglichen Rechten vor.

Zu § 20

Absatz 1

Nach geltendem Recht (§ 414 Abs. 1 RVO) bilden die Krankenkassen in jedem Land je nach Kassenart einen Landesverband. Nach Artikel 3 § 2 Abs. 2 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen vom 18. August 1955 (BGBl. I S. 524) können Landesverbände weiter bestehen bleiben, deren Grenzen von den in § 414 Abs. 1 RVO bestimmten abweichen, sofern gewisse Voraussetzungen erfüllt sind, insbesondere die Zustimmung der zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder vorliegt. Da davon auszugehen ist, daß ein Bedürfnis für das Weiterbestehen dieser Verbände besteht, wenn sie infolge dieser Zustimmung bei Inkrafttreten des Neuregelungsentwurfs noch bestehen, ist die Auflösung dieser Verbände nur dann vorgesehen, wenn eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder ihre bisherige Zustimmung widerruft.

Absatz 2

Wird die Zustimmung widerrufen, dann ist der Verband aufzulösen. Um das Vermögen teilen zu können, ist eine Auseinandersetzung notwendig, die von den beteiligten Ländern durch Staatsvertrag zu vereinbaren ist.

Zu § 21

Absatz 1

Die Arbeiterersatzkassen und die Angestelltenersatzkassen sind gegenwärtig in zwei eingetragenen Vereinen zusammengefaßt, dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Es erscheint zweckmäßig, die Bildung der Bundesverbände der Ersatzkassen auf der Grundlage dieser bestehenden Zusammenschlüsse aufzubauen.

Absätze 2 und 3

Um die Aufnahme der Tätigkeit der Bundesverbände vorzubereiten, sollen die bisherigen Organe der beiden Verbände die Satzungen der Bundesverbände beschließen. Die Neuwahl der Organe soll sich innerhalb drei Monaten nach Genehmigung der Satzung anschließen. Da zwischen der Verkündung des Krankenversicherungs - Neuregelungsgesetzes und seinem Inkrafttreten ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen soll, erscheint der für die oben bezeichneten vorbereitenden Maßnahmen in Absatz 2 und 3 vorgesehene Zeitraum als ausreichend.

Absatz 4

Da es sich bei den Bundesverbänden der Ersatzkassen gegenüber den in Absatz 1 genannten eingetragenen Vereinen um andere juristische Personen handelt, bedarf es hier einer Bestimmung, die den Übergang der Rechte und Pflichten von den eingetragenen Vereinen auf die Bundesverbände der Ersatzkassen vorschreibt.

Zu § 22

Absatz 1

Zulassungen nach dem neuen Zulassungssystem können erst vorgenommen werden, wenn die neue Zulassungsordnung erlassen ist. Um jedoch für die Zwischenzeit die kassenärztliche (kassenzahnärztliche) Versorgung durch Neubesetzungen von Kassensarztsitzen sicherzustellen, ist vorgesehen, bis zur Bildung der Zulassungsausschüsse nach § 388 des Neuregelungsentwurfs die bestehenden Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse weiter bestehen zu lassen und eine Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der kassenärztlichen Versorgung nur in Form der Beteiligung nach § 30 der Zulassungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte vom 28. Mai 1957 zu gestatten.

Absatz 2

Nach Inkrafttreten der Zulassungsneuregelung wird ein großer Teil anhängiger Verfahren in Zulassungssachen nicht mehr fortgeführt zu werden brauchen. Es dient daher der Entlastung der Zulassungsausschüsse, der Berufungsausschüsse und der Gerichte, die Verfahren allgemein ruhen zu lassen, bis über eine Weiterführung in der Zulassungsordnung bestimmt ist. Eine für die betroffenen Ärzte unzumutbare Verzögerung dürfte hierdurch nicht eintreten, weil zu erwarten ist, daß sich der Erlaß der Zulassungsordnung infolge der längeren Zeitspanne zwischen Verkündung und Inkrafttreten des Neuregelungsgesetzes unmittelbar an das Inkrafttreten des Neuregelungsgesetzes anschließen wird.

Absatz 3

Da die vorgesehene Neuregelung des Zulassungsrechts im wesentlichen die Zulassung und das hierbei zu beachtende Verfahren betrifft, können die Vorschriften der geltenden Zulassungsordnungen über das Verfahren bei Entziehung, Ruhen und Ende der Zulassung bis zum Erlaß der neuen Zulassungsordnung vorerst weiter Anwendung finden.

Zu § 23

Die Vorschrift entspricht der für die Landesverbände der Krankenkassen in § 20 dieses Artikels getroffenen Regelung (vgl. auch Artikel 4 § 2 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 — BGBl. I S. 513 —).

Zu § 24*Absatz 1*

Die Vorschrift soll für die Fälle gelten, in denen die Knappschaften zur Versorgung ihrer Versicherten und deren Familienangehörigen sogenannte Sprengelärzte angestellt haben. Die Rechtsstellung dieser Ärzte wird in die Neuregelung des Reichsknappschaftsgesetzes übergeleitet und zugleich der Besitzstand garantiert, den die Sprengelärzte aus ihren Verträgen erworben haben.

Absatz 2

Um den Knappschaften die Möglichkeit zu geben, vom Sprengelärztsystem auf das Arztsystem nach der Reichsversicherungsordnung überzugehen, ist eine Kündigung der Verträge mit den Sprengelärzten vorgesehen. Auch hier entspricht es rechtsstaatlichen Grundsätzen, im Fall der Kündigung die bis zur Vertragslösung erworbenen Rechte der betroffenen Ärzte zu sichern.

Absatz 3

Es liegt im Interesse der Versicherten, daß den Knappschaftsärzten, denen nach Absatz 2 gekündigt worden ist, die Zulassung als Kassenarzt am Ort ihrer Niederlassung kraft Gesetzes gewährt wird. Damit soll vermieden werden, daß diese Ärzte, die zumeist in vorgerücktem Alter stehen, noch einmal einem Zulassungsverfahren unterworfen werden, bevor sie ihre bisher bereits ausgeübte ärztliche Tätigkeit weiterausüben können. Selbstverständlich bleibt dem einzelnen Arzt hierbei freigestellt, auf diese Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zu verzichten.

Zu § 25*Absatz 1*

Um die Knappschaftsärzte organisatorisch in gleicher Weise zusammenzuschließen wie die Kassenärzte (Kassenzahnärzte), ist vorgesehen, die bisher bestehende Arbeitsgemeinschaft der Vereinigungen der Knappschaftsärzte e. V. und die Vereinigung der Knappschaftszahnärzte e. V. in eine knappschaftsärztliche bzw. knappschaftszahnärztliche Vereinigung im Sinne des Reichsknappschaftsgesetzes umzuwandeln. Damit werden auch die Zusammenschlüsse der Knappschaftsärzte Körperschaften des öffentlichen Rechts wie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Absatz 2

Um die neugeschaffenen Vereinigungen bis zur Bildung ihrer Organe handlungsfähig zu machen, sollen die bisherigen Vorstände der beiden eingetragenen Vereine die Geschäfte weiterführen und zu-

gleich auch die Befugnisse der Vertreterversammlungen der knappschaftsärztlichen und der knappschaftszahnärztlichen Vereinigungen wahrnehmen.

Absätze 3 und 4

Damit die neugebildeten Körperschaften alsbald ihre Rechte und Pflichten wahrnehmen können, ist die beschleunigte Errichtung der Satzungen und die Wahl der Organe vorgesehen.

Zu § 26*Absatz 1*

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß sich die Aufnahme der Tätigkeit der beratungsärztlichen Dienste unmittelbar an die der vertrauensärztlichen Dienste anschließt.

Absatz 2

Da die beratungsärztlichen Dienststellen im wesentlichen die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes fortführen, wird bei Errichtung der beratungsärztlichen Dienststellen in der Regel auch das Personal des vertrauensärztlichen Dienstes übernommen werden. Hierüber werden die Errichtungsgesetze zu bestimmen haben. Ausdrücklich vorgeschrieben ist, in den Errichtungsvorschriften auch über das Vermögen zu bestimmen, das die Träger der vertrauensärztlichen Dienste aus Mitteln der Krankenversicherung erworben haben, um sicherzustellen, daß dieses Vermögen nunmehr den Einrichtungen zugeführt wird, die die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes künftig fortführen.

Absatz 3

Um eine dem Absatz 2 entsprechende Regelung auch für die Anstalt des beratungsärztlichen Dienstes der Knappschaften eintreten zu lassen, ist insoweit der Erlaß einer Rechtsverordnung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen.

Zu § 27

Da bei den im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes laufenden Versicherungsfällen die Berechnung und die kalendertägliche Zahlungsweise des Krankengeldes nicht auf neues Recht umgestellt wird, muß wegen der Akzessorietät des Zuschusses nach § 1 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle eine entsprechende Überleitung wie für das Krankengeld vorgesehen werden.

ZU ARTIKEL 4**Zu § 1***Absatz 1*

Die Vorschrift dehnt Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes auf die Organe und Geschäftsführer der Kassenverbände nach den §§ 367 ff. des Entwurfs für das Neuregelungsgesetz aus, soweit sie mit Rücksicht auf Aufgaben und Aufbau dieser Verbände Anwendung finden können. Damit soll er-

reicht werden, daß für sämtliche Körperschaften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes gelten. Die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes sind in die Übergangsvorschriften aufgenommen worden, weil dieses Gesetz demnächst neu gefaßt und in das Erste Buch der Reichsversicherungsordnung eingliedert werden soll.

Absatz 2

Die Vorschrift berücksichtigt, daß in den Organen der Bundesverbände der Ersatzkassen Arbeitgeber als Mitglieder nicht vertreten sind.

Zu § 2

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 414a Abs. 1 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 414a Abs. 2 RVO.

Absatz 3

Die Vorschrift berücksichtigt, daß in den Organen der Ersatzkassen die Arbeitgeber als Mitglieder nicht vertreten sind.

Zu § 3

Absatz 1

Entsprechend den für die Kassen geltenden Vorschriften sind auch die für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung maßgeblichen Vorschriften des Selbstverwaltungsrechts als Übergangsrecht aufgenommen. Die Vorschrift entspricht § 368 I Abs. 1 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 368 I Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 RVO und berücksichtigt, daß nach dem Neuregelungsentwurf außerordentliche Mitglieder in den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr vertreten sein sollen.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht § 368 I Abs. 5 RVO.

Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 368 I Abs. 6 RVO.

Zu § 4

Entsprechend dem für die Krankenkassenverbände geltenden § 1 dieses Artikels dehnt die Vorschrift Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes auch auf die Organe und Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus, soweit sie mit Rücksicht auf

Aufgaben und Aufbau dieser Vereinigungen Anwendung finden können. Damit findet auch auf diese öffentlich-rechtlichen Körperschaften das Recht des Selbstverwaltungsgesetzes unmittelbar Anwendung.

Zu § 5

Die Vorschrift soll die Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten bei Anwendung des Selbstverwaltungsrechts sicherstellen.

Zu § 6

Absatz 1

Die Vorschrift dehnt Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes auch auf die Anstalten des beratungsärztlichen Dienstes aus, soweit diese Vorschriften mit Rücksicht auf Aufgaben und Aufbau dieser ärztlichen Dienste Anwendung finden können. Damit werden diese Anstalten den gleichen Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes wie die übrigen juristischen Personen des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung unterworfen.

Absatz 2

Die Vorschrift soll verhindern, daß die Amtsdauer der Mitglieder der Organe des beratungsärztlichen Dienstes von der Amtsdauer der Mitglieder der Organe der sie bestellenden Verbände abweicht.

Zu §§ 7 bis 15

Der Entwurf des Neuregelungsgesetzes sieht eine Reihe von Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsvorschriften und Verwaltungsvorschriften vor, die die bereits geltenden Bestimmungen ändern oder ersetzen sollen. Da diese Verordnungen und Verwaltungsvorschriften nicht gleichzeitig mit der Neuregelung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft gesetzt werden können, soll sichergestellt werden, daß für die Zwischenzeit das bisher geltende Recht auch über den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Neuregelungsgesetzes hinaus bis zum Erlaß der neuen Vorschriften Anwendung findet.

Zu § 16

Für die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine Reihe verschiedener Formen der Kostenbeteiligung vorgeschlagen worden. Mehrfach wurde auch angeregt, die vorgeschlagenen Formen an Modellversuchen bei einigen Krankenkassen auf ihre Brauchbarkeit zu erproben. Dafür haben sich auch Kassen angeboten. Eine derartige Erprobung ist jedoch ohne gesetzliche Ermächtigung nicht zulässig. Mit dieser Vorschrift soll dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Ermächtigung gegeben werden, Modellversuche bei einzelnen Krankenkassen anzuordnen. Die Ermächtigung ist im Interesse der Rechtssicherheit zeitlich begrenzt.

C. Zur Frage der finanziellen Auswirkungen

Vorbemerkung

Die im folgenden angegebenen Mehr- und Minder- ausgaben, die aus einer Neuregelung der Kranken- versicherung gemäß dem Entwurf zu erwarten wä- ren, beziehen sich immer auf den Zeitraum eines Jahres. Obwohl die Rechnungsergebnisse der Kran- kenkassen für das Jahr 1958 z. Zt. noch nicht vor- liegen, müssen die Berechnungen von den Einnah- men und Ausgaben dieses Jahres ausgehen, da die Rechnungsergebnisse des Jahres 1957 wegen der besonderen damals herrschenden Verhältnisse (Grippewelle und Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Ar- beiter im Krankheitsfalle) nicht als repräsentativ gelten können. Verfügbar waren zunächst nur die Rechnungsergebnisse für das erste Halbjahr 1958, die Zahlen für das ganze Jahr sind geschätzt worden, was bei den meisten Positionen mit ausreichender Sicherheit geschehen konnte, in einigen Fällen jedoch nur mit erheblichen Vorbehalten möglich war.

Außer den Unterlagen der Krankenversicherung, zu denen auch die Ergebnisse der eigens für diesen Zweck durchgeführten Sondererhebungen gehören, wurden auch die neuesten verfügbaren Daten der Bevölkerungsstatistik, der Lohnstatistik, der volks- wirtschaftlichen Gesamtrechnungen und anderer Sta- tistiken herangezogen. Trotz aller Sorgfalt ist es aber nicht möglich, alle finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfes zu erfassen, da sie in gewis- sem Umfange von dem nicht voraussehbaren Ver- halten der Versicherten mitbestimmt werden.

I. Änderungen im Personenkreis und in der Beitragserhebung

1. Änderungen im Personenkreis

Wie man den Begründungen zu den §§ 166 bis 174 entnehmen kann, treten im Personenkreis der Kran- kenversicherten gewisse Änderungen ein. Einerseits scheidet Mitglieder aus der Pflichtversicherung aus, denen allerdings nach den Übergangsvorschriften in Artikel 2 § 1 im allgemeinen das Recht zur freiwil- ligen Weiterversicherung zusteht, andererseits kom- men gewisse Personengruppen neu in die Versiche- rung hinein. Gemessen an der Gesamtzahl der Mit- glieder sind diese Verschiebungen jedoch unbedeu- tend. Im übrigen muß man davon ausgehen, daß die Aufwendungen für die Versicherten durch ihre Bei- träge und die sonstigen Einnahmen gedeckt werden, wobei Unterscheidungen nach einzelnen Personen- kreisen im allgemeinen nicht möglich sind, so daß Änderungen in der Zahl der Mitglieder weder Ge- winne noch Verluste der Krankenkassen zur Folge haben.

2. Änderungen der Beitragserhebung

a) Abschaffung der Mitgliederklassen

Der Beitragsbemessung ist nach § 304 des Entwurfs immer der Arbeitsverdienst oder das Gesamtein- kommen (bei freiwillig versicherten Ehefrauen ohne Einkommen die Hälfte des Gesamteinkommens des

anderen Ehegatten § 312) zugrunde zu legen. Bisher wurden für etwa 1 Million Mitglieder die Beiträge nach Mitgliederklassen erhoben. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß die Beiträge für diesen Perso- nenkreis geringer waren, als wenn man der Bei- tragsbemessung das Einkommen zugrunde gelegt hätte. Mangels genauer Unterlagen ist es aber nicht möglich, den Umfang der zu erwartenden Mehrein- nahmen abzuschätzen. Setzt man voraus, daß die ge- nannten Mitglieder im Durchschnitt 1,50 DM mehr an Beiträgen monatlich zahlen werden, so würde dies eine absolute Mehreinnahme der Krankenkas- sen in Höhe von 18 Millionen DM zur Folge haben.

b) Andere Beitragsberechnung für Rentner (§ 310)

Der Beitragsberechnung für Rentner wurde bisher im allgemeinen der Landesdurchschnitt aus den Grundlöhnen der bei den Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen pflichtversicherten Beschäf- tigten zugrunde gelegt. Für bestimmte Kassen wurde ein bestimmter bundesdurchschnittlicher Grundlohn herangezogen. In Zukunft soll der Durchschnittsarbeitsverdienst der bei den einzel- nen Krankenkassen nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 ver- sicherten Mitglieder maßgebend sein. Danach wer- den bei einzelnen Kassen die Beitragseinnahmen höher, bei anderen jedoch niedriger sein als bis- her. Im ganzen dürften sich jedoch diese Mehr- und Mindereinnahmen ausgleichen.

Eine weitere Änderung besteht darin, daß bisher die Beiträge der Rentner nach dem um ein Drittel ge- kürzten Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit sof- ortigem Anspruch auf Barleistungen erhoben wurden; in Zukunft dagegen ist der genannte Beitragssatz (bei den Ersatzkassen für Angestellte der Beitrags- satz für Pflichtmitglieder ohne sofortigen Anspruch auf Barleistungen) in dem Verhältnis zu kürzen, in dem die Ausgaben für Krankengeld zu den Gesamt- ausgaben für Leistungen ohne die an Rentner ste- hen. Nach den Rechnungsergebnissen für das erste Halbjahr 1958 beträgt das Krankengeld 36 v.H. der erwähnten Leistungsausgaben. Dieser Anteil dürfte nach den im Entwurf vorgesehenen Änderungen eher steigen als sinken. Infolgedessen ist mit Min- dereinnahmen an Beiträgen für die Versicherung der Rentner zu rechnen, die auf etwa 20 Millionen DM geschätzt werden.

c) Andere Beitragsregelung für Arbeitslose (§ 309)

Aus den in der Begründung zu § 309 erwähnten Un- terlagen läßt sich errechnen, daß die Beitragsein- nahmen für die Krankenversicherung der Arbeits- losen und der Kurzarbeiter um etwa 12 Millionen ansteigen werden; von dieser Zunahme entfällt der weitaus größte Teil auf die Beiträge für Empfänger von Arbeitslosenhilfe.

II. Änderungen im Leistungsrecht

1. Vorsorgehilfe (§§ 177 bis 182)

a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 178 Abs. 1)

Für diese Leistung kommen nach der Altersauszäh- lung der Mitglieder an sich etwa 12,5 Millionen Per-

sonen in Betracht. Ein erheblicher Teil davon ist jedoch auszuschneiden. Schätzungsweise werden höchstens 10 Millionen Personen die Untersuchung beanspruchen, die sich auf 3 Jahre verteilen. Bei einem Kostensatz von 30 DM je Untersuchung würden die jährlichen Gesamtaufwendungen dafür bei etwa 100 Millionen DM liegen.

Welche Ausgaben für satzungsmäßige Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 178 Abs. 2 des Entwurfes entstehen werden, läßt sich nicht übersehen.

b) Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 179)

Nach den Unterlagen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über die Zahl der abgerechneten Krankenscheine kann man annehmen, daß etwa die Hälfte der Versicherten und ihrer Angehörigen jährlich wenigstens einmal den Zahnarzt aufsucht. Für diese Personen würden besondere Vorsorgeuntersuchungen entfallen. Es bleiben noch etwa 21 Millionen Versicherte und Familienangehörige übrig, von denen die Kleinstkinder und die älteren Personen eine derartige Untersuchung noch nicht oder nicht mehr notwendig haben werden. Demnach dürfte mit etwa 13 Millionen Untersuchungen jährlich zu rechnen sein. Setzt man die Kosten der Untersuchung mit 2 DM an, so ergibt sich dafür ein Aufwand der Krankenkassen in Höhe von 26 Millionen DM.

c) Sonstige Leistungen der Vorsorgehilfe (§§ 180 bis 182)

Nach dem Entwurf kann die Satzung noch verschiedene andere Leistungen als die unter a) und b) erwähnten gewähren. Die finanziellen Auswirkungen der einschlägigen Vorschriften sind nicht zu veranschlagen.

2. Krankenhilfe (§§ 183 bis 206)

a) Ärztliche Behandlung (§§ 186, 218 Abs. 3)

Durch die in den §§ 186, 218 Abs. 3 vorgeschriebene Zuzahlung der Versicherten werden sich die Ausgaben der Krankenkassen für die ärztliche Behandlung verringern. Die Summe der von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen hängt ab

1. von dem Betrag der Zuzahlung je ärztliche Leistung,
2. von der Zahl der ärztlichen Leistungen.

Zu 1.

Der durchschnittliche Betrag der Zuzahlung läßt sich aus der Verteilung der Versicherten nach der Höhe ihrer Verdienste (unter oder über 200 DM monatlich) und nach ihrem Familienstand errechnen. Angaben darüber kann man aus folgenden Quellen entnehmen:

Den fortgeschriebenen Ergebnissen der Lohnstrukturerhebung vom November 1951,

den Ergebnissen der laufenden Lohnstatistik, den Berechnungen der durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsverdienste der Versicherten der Rentenversicherungen für die Bestimmung der allgemeinen Bemessungsgrundlage (§ 1255 RVO und § 32 AVG),

den Ergebnissen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen,

den Ergebnissen der Mitgliederstatistiken der Krankenkassen,

den fortgeschriebenen Ergebnissen der Volks- und Berufszählung.

Aus diesen Unterlagen läßt sich schätzungsweise nach dem Stand von 1958 folgende Verteilung der Versicherten errechnen:

Mitgliedergruppe	Mitglieder (in 1000) mit einem Monatseinkommen von		Mitglieder zusammen
	unter 200 DM	200 DM und mehr	
Pflichtmitglieder ohne Rentner	2 960*)	14 495	17 455
Pflichtversicherte Rentner	3 930	1 220	5 150
Freiwillige Mitglieder	1 310	2 210	3 520
zusammen	8 200	17 925	26 125

*) darunter 1 425 Lehrlinge

Die Gesamtzahl der mitversicherten Familienangehörigen wird auf 16,95 Millionen, das sind 65 je 100 Versicherte, geschätzt; darunter dürften sich etwa 10,2 Millionen Kinder befinden.

Unter der Voraussetzung, daß die Morbidität der Versicherten von der ihrer Kinder nicht wesentlich abweicht, ergibt sich aus den vorliegenden Angaben als Durchschnittswert der Zuzahlung für ärztliche Leistung an Versicherte und ihre Familienangehörigen ein Betrag von 1,15 DM je ärztliche Leistung. Bei der Berechnung dieses Durchschnittes ist der Absatz 4 des § 186 außer Betracht geblieben. Wenn die Kassen von der genannten Vorschrift in dem Sinne Gebrauch machen würden, daß alle Versicherten mit einem Einkommen von weniger als 200 DM monatlich von der Zuzahlung für sich und ihre Familienangehörigen vollständig befreit werden, würde der Durchschnittsbetrag der Zuzahlung von 1,15 DM auf etwa 0,83 DM zurückgehen.

Zu 2.

Die Zahl der ärztlichen Leistungen läßt sich vorläufig nur ganz grob schätzen. Sie hängt in der Hauptsache davon ab, wieviele Positionen für ärztliche Leistungen in der gem. § 391 Abs. 2 des Entwurfs zu erlassenden Gebührenordnung vorgesehen werden. Nach den Verhältnissen von 1958 kann man annehmen, daß im Jahre bei etwa 107 Millionen Behandlungsfällen (= Krankenscheinen) etwa 500 Millionen Einzelleistungen erbracht worden sind. Nach der neuen Gebührenordnung wird mit etwa 270 Millionen zuzahlungspflichtigen Einzelleistungen gerechnet (also in der Hauptsache solchen, die jeweils innerhalb der ersten sechs Wochen der Behandlungsfälle liegen).

Nach den Angaben zu 1. und zu 2. ergibt sich der jährliche Gesamtbetrag der von den Versicherten zu

leistenden Zuzahlungen aus der Rechnung
 270 Millionen \times 1,15 DM = 310 Millionen DM,
 unter Zugrundelegung des
 reduzierten Durchschnitts-
 betrages aus der Rechnung
 270 Millionen \times 0,83 DM = 225 Millionen DM.

b) Zahnärztliche Behandlung (§§ 186, 218 Abs. 3)

Der Durchschnittsbetrag der Zuzahlung ist hier ebenso wie unter Buchstabe a mit 1,15 DM bzw. 0,83 DM zu veranschlagen. Nach dem Stand von 1958 haben die Zahnärzte (abgesehen vom Zahnersatz, der unter Buchstabe d besonders behandelt wird) bei etwa 27 Millionen Behandlungsfällen etwa 103 Millionen Einzelleistungen erbracht. Nach der neuen Gebührenordnung wird mit 71 Millionen zuzahlungspflichtigen Einzelleistungen jährlich gerechnet. Die Gesamtsumme der Zuzahlungen beträgt demnach

71 Millionen \times 1,15 DM = 81 Millionen DM,

bei Ausschöpfung der Befreiungsmöglichkeiten gemäß § 188 Abs. 4

71 Millionen \times 0,83 DM = 59 Millionen DM.

Die Vorsorgeuntersuchungen werden voraussichtlich auf die Dauer gesehen die Ausgaben für die Zahnbehandlung verringern; dies läßt sich aber für die nächsten Jahre noch nicht in Rechnung stellen.

c) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 188, 190 und 218 Abs. 3)

Nach §§ 180 und 218 Abs. 3 hat der Versicherte bei der Abnahme von Arznei- und Verbandmitteln eine Zuzahlung zu leisten, die an die Stelle der bisherigen Verordnungsblattgebühr tritt. Gleiches gilt gemäß § 190 für die Versorgung mit Brillen und Heilmitteln, es sei denn, daß die Kasse nur einen Zuschuß dafür bewilligt. Für die Beschaffung von Hilfsmitteln kann die Satzung der Krankenkasse gemäß § 190 wie bisher die Gewährung von Zuschüssen vorsehen.

Es kann hier dahingestellt bleiben, in welcher Weise die Arzneien von den Heilmitteln abzugrenzen sind. Die folgenden Berechnungen gehen davon aus, daß die Krankenkassen auch in Zukunft für die sogenannten kleinen Heilmittel und Brillen nicht nur Zuschüsse gewähren, sondern die Kosten voll übernehmen, wie das bisher der Fall war. Deswegen werden im folgenden zunächst die Berechnungen einerseits hinsichtlich der Arznei-, Verband- und kleinen Heilmittel, andererseits hinsichtlich der größeren Heilmittel und der Hilfsmittel durchgeführt.

Die Summe der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Brillen und kleine Heilmittel hängt ab

1. von der Schichtung der Verordnung nach den Rechnungsbeträgen,
2. von der Zahl der Verordnungen.

Zu 1.

Nach Erhebungen der Krankenkassen entfallen in den Rechnungen der Apotheken

2,2 v.H. der Verordnungsblätter
 auf einen Betrag bis zu 1,— DM

71,7 v.H. der Verordnungsblätter
 auf einen Betrag von
 über 1,— DM bis 5,— DM

25,8 v.H. der Verordnungsblätter
 auf einen Betrag von
 über 5,— DM bis 25,— DM

0,3 v.H. der Verordnungsblätter
 auf einen Betrag von
 über 25,— DM.

Der Durchschnittsbetrag je Verordnungsblatt liegt bei etwa 4,— bis 4,20 DM; die durchschnittliche Zuzahlung beträgt 1,08 DM.

Zu 2.

Nach Sondererhebungen der Krankenkassen über die Zahl der ärztlichen Verordnungen, nach der Summe der Aufwendungen für Arzneien, Brillen und Heilmittel und aus dem Durchschnittsbetrag der Rechnungen kann man die jährliche Gesamtzahl der Verordnungen von Arzneien und Verbandmitteln, Brillen und kleineren Heilmitteln mit 226 Millionen DM veranschlagen.

Demnach ergibt sich die Summe der Zuzahlungen mit 235 Millionen DM. Bisher haben die Versicherten eine Verordnungsblattgebühr von durchschnittlich 0,40 DM, insgesamt also bei 226 Millionen Fällen rd. 90 Millionen DM gezahlt, die von dem oben genannten Betrag abzusetzen sind. Die Minderausgaben der Krankenkassen infolge der Zuzahlung sind demnach auf 145 Millionen DM zu schätzen.

Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß die erhöhte Zuzahlung zu einer verminderten Inanspruchnahme von Arznei- und Heilmitteln durch die Versicherten führen wird. Nimmt man an, daß 5 v.H. der Verordnungen (und zwar hauptsächlich solche geringeren Wertes) entfallen und setzt man die Durchschnittskosten für diese Verordnungen mit 1,50 DM an, so würde sich unter Berücksichtigung der damit ebenfalls entfallenden — oben aber mit enthaltenen — Zuzahlungen eine weitere Ersparnis der Krankenkassen in Höhe von rd. 6 Millionen DM ergeben.

Bei der — satzungsmäßig vorgesehenen — Versorgung der Versicherten mit größeren Heilmitteln und mit Hilfsmitteln werden gewisse Minderausgaben der Krankenkassen dadurch entstehen, daß jetzt in jedem Falle eine Zuzahlung oder eine Kostenbeteiligung der Versicherten verlangt wird, während bisher ein Teil der Krankenkassen die vollen Kosten (abzüglich der Verordnungsblattgebühr) für diese Leistungen übernommen hat. Andererseits haben aber nicht wenige Krankenkassen bisher auf diesem Gebiet verhältnismäßig geringe Leistungen gewährt, die sie möglicherweise nunmehr erhöhen werden. Die sich daraus ergebenden Mehrausgaben könnten den vorher erwähnten Minderausgaben gleichkommen, so daß hinsichtlich der größeren Heilmittel und der Hilfsmittel finanzielle Auswirkungen des Gesetzentwurfs nicht zu veranschlagen sind.

d) Zahnersatz (§ 191)

Nach den Überleitungsvorschriften in Artikel 3 § 11 des Entwurfs werden die gesamten Kosten für Zahnersatz mit Beginn des sechsten Jahres nach

Inkrafttreten des Gesetzes übernommen. Es erscheint zweckmäßig, schon jetzt die finanziellen Auswirkungen dieser Neuordnung zu untersuchen, wobei man die Schätzungen allerdings nur auf die derzeitigen Verhältnisse abstellen kann.

Nach § 191 des Entwurfs ist der notwendige Zahnersatz zu gewähren, wenn der Versicherte bzw. der Familienangehörige sich den Vorsorgeuntersuchungen unterzogen hat. Man kann annehmen, daß diese Voraussetzung im allgemeinen erfüllt werden wird. Nach bisherigem Recht haben die Krankenkassen zwar auch schon in allen notwendigen Fällen Leistungen bei Zahnersatz gewährt, jedoch nicht — wie sie dies in Zukunft tun müssen — die gesamten Kosten übernommen, sondern nur einen Teil davon. Die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten des Zahnersatzes war bisher sehr unterschiedlich; es war aber nicht möglich, darüber genauere Feststellungen zu treffen. Aus diesem Grunde kann man die nach den neuen Vorschriften zu erwartenden Mehrausgaben nur schätzen.

Nach den in der Umsatzsteuerstatistik ausgewiesenen Gesamtumsätzen der Zahnärzte, ferner nach den Aufwendungen der Krankenkassen für die zahnärztliche Behandlung einerseits und den Zahnersatz andererseits kann man die jährlichen Gesamtkosten des Zahnersatzes für die Krankenversicherten und ihre Angehörigen mit etwa 280 bis 300 Millionen DM veranschlagen.

Im Jahre 1958 haben die Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz, nach dem Ergebnis der Halbjahresrechnung für das erste Halbjahr zu urteilen, 170 Millionen DM betragen. Somit muß man aus der Neuregelung auf die Dauer Mehrausgaben in Höhe von jährlich 130 Millionen DM erwarten.

Inwieweit die Vorsorgeuntersuchungen den Bedarf an Zahnersatz verringern werden, läßt sich zunächst noch nicht übersehen.

e) Krankenhauspflege (§§ 194 und 216 Abs. 3)

1. Der Entwurf wandelt die Krankenhauspflege von einer Kannleistung für Versicherte und einer satzungsmäßigen Mehrleistung für Angehörige in eine Pflichtleistung um. Außerdem verlängert er die Leistungsdauer bis zu 78 Wochen. Schätzungsweise werden sich die Ausgaben für die Krankenhauspflege der Mitglieder um 2 v. H., für die Krankenhauspflege der Familienangehörigen um 5 v. H., im Gesamtdurchschnitt um 3 v. H. erhöhen. Dies entspricht einer absoluten Mehrausgabe von 35 Millionen DM.

2. Minderausgaben wird die im Entwurf vorgesehene Zuzahlung der Versicherten zur Folge haben. Die Durchschnittsbeträge der täglichen Zuzahlung werden wie folgt geschätzt:

für die hier in Betracht kommenden Pflichtmitglieder	2,— DM,
für freiwillige Mitglieder	1,90 DM,
für Rentner	1,10 DM,
für Familienangehörige der Pflichtmitglieder — ohne Rentner — und der freiwilligen Mitglieder	1,15 DM,
für Familienangehörige der Rentner	0,65 DM.

Nach dem Entwurf ist eine Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung des Versicherten nur dann zu leisten, wenn und solange er kein Krankengeld erhält. Demnach wird nur für etwa 24 v. H. der bisher von den Krankenkassen gewährten Krankenhaustage von Pflichtmitgliedern ohne Rentner eine Zuzahlung zu leisten sein und für den weitaus größten Teil der Krankenhaustage von Rentnern und von freiwillig Versicherten.

Nach den Verhältnissen des Jahres 1958 ist mit folgenden zuzahlungspflichtigen Krankenhaustagen und Zuzahlungsbeträgen zu rechnen:

Pflichtmitglieder ohne Rentner	9 Millionen Tage	18 Millionen DM,
Rentner	17 Millionen Tage	19 Millionen DM,
freiwillige Mitglieder	7 Millionen Tage	13 Millionen DM.

Bei Krankenhausbehandlung von Familienangehörigen ist der Versicherte stets zu einer Zuzahlung verpflichtet. Bei 3 Millionen Tagen der Angehörigen von Rentnern und bei 26,5 Millionen Tagen der Angehörigen der übrigen Mitglieder ergibt sich nach den oben mitgeteilten Durchschnittsbeträgen eine Zuzahlung von rd. insgesamt 32 Millionen DM.

Die Minderausgaben für Krankenhauspflege infolge der Zuzahlung werden im ganzen rund 82 Millionen DM betragen.

f) Krankengeld (§§ 197 und 199)

Wie bereits in der Vorbemerkung zu Teil C der Gesetzesbegründung erwähnt wurde, liegen die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Jahr 1958 noch nicht vor. Diese Tatsache wirkt sich gerade bei der Position „Krankengeld“ sehr nachteilig aus. Vorerst sind über die finanziellen Auswirkungen der Neuregelung bezüglich des Krankengeldes nur grobe Schätzungen möglich, deren Berichtigung im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens vorbehalten bleibt.

1. Das Krankengeld (ohne das bisherige Hausgeld) beträgt in v. H. des Grundlohnes

	nach der bisherigen Regelung für die ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit	nach dem Entwurf
für Ledige	65	60
für Mitglieder mit einem Angehörigen . .	69	65
für Mitglieder mit zwei Angehörigen	72	70
für Mitglieder mit drei und mehr Angehörigen	75	75

Schätzungsweise hat das Krankengeld bisher im Durchschnitt für die ersten sechs Wochen etwa 70 v. H., für die darauf folgende Zeit etwa 55 v. H., im Durchschnitt der gesamten Arbeitsunfähigkeitsdauer etwa 68,5 v. H. des Grundlohnes ausgemacht. Nach dem Entwurf wird es sich auf etwa 67 v. H. des Grundlohnes stellen. Dies bedeutet eine Minderung um 1,5 v. H. des Grundlohnes oder um 2,2 v. H. der Ausgaben. Bei einem geschätzten Gesamtumfang der

Aufwendungen für Krankengeld in Höhe von 2,1 Milliarden DM würden die Krankenkassen jährlich um 45 Millionen DM entlastet werden.

2. Nach dem Entwurf sind zwei Wartetage auch dann vorgesehen, wenn die Arbeitsunfähigkeit 14 Tage überschreitet oder auf einem Unfall oder einer Berufskrankheit beruht. Nimmt man an, daß bisher etwa für die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle die genannten Voraussetzungen vorlagen, so würde in Zukunft für jährlich etwa 11 Millionen Wartetage das Krankengeld entfallen, was einer absoluten Ersparnis von etwa 100 Millionen DM entspräche.

3. Die Verlängerung der Leistungsgewährung auf 78 Wochen wird vermutlich eine $4\frac{1}{3}\%$ ige Steigerung der Ausgaben für Krankengeld verursachen; das wären im Jahr rd. 88 Millionen DM. Dabei wird jedoch vorausgesetzt, daß die Versicherten nach Eintreten der dafür notwendigen Voraussetzungen den Antrag auf eine Rente der Rentenversicherungen

rechtzeitig stellen. Sollte dagegen ein größerer Teil dieser Versicherten vor der Antragstellung den Anspruch auf Krankengeld zeitlich voll ausschöpfen, dann wäre mit sehr erheblichen Mehrausgaben der Krankenkassen — in Höhe von mehr als 100 Millionen DM — zu rechnen.

4. Die Frage, inwieweit die Bestimmungen des § 202 eine Einsparung an Krankengeld zur Folge haben könnten, läßt sich sehr schwer beantworten. Es spricht manches dafür, daß bisher die Arbeit nicht in allen Fällen sofort nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit wieder aufgenommen wurde; sonst wäre es nicht erklärlich, daß auffällig viele Gesundheitsmeldungen an Montagen stattfinden. Um eine Vorstellung der hier in Betracht kommenden Größenordnungen zu geben, sei erwähnt, daß über 20 Millionen DM an Aufwendungen für Krankengeld eingespart würden, wenn es gelänge, bei einem Viertel der Arbeitsunfähigkeitsfälle einen Krankengeldtag einzusparen.

5. Das Krankengeld bei Krankenhausbehandlung (das bisherige Hausgeld) beträgt in v. H. des Grundlohnes

	nach bisherigem Recht		nach dem Entwurf
	in den ersten sechs Wochen	nach sechs Wochen	
für ledige Mitglieder	16,25 (= 25 v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 12,50 mindestens 50 v. H. des Grundlohnes)	20,00 (= $33\frac{1}{3}$ v. H. von 60 v. H. des Grundlohnes)
für Mitglieder mit einem Familienangehörigen . .	43,33 (= $66\frac{2}{3}$ v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 33,33 mindestens 50 v. H. des Grundlohnes)	48,75 (= 75 v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)
für Mitglieder mit zwei Familienangehörigen . .	49,83 (= $76\frac{2}{3}$ v. H. von 50 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 38,33 mindestens 65 v. H. des Grundlohnes)	56,00 (= 80 v. H. von 70 v. H. des Grundlohnes)
für Mitglieder mit drei Familienangehörigen . . .	56,33 (= $86\frac{2}{3}$ v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 43,33 mindestens 50 v. H. des Grundlohnes)	63,75 (= 85 v. H. von 75 v. H. des Grundlohnes)
für Mitglieder mit vier Familienangehörigen . . .	62,83 (= $96\frac{2}{3}$ v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 48,33 mindestens 50 v. H. des Grundlohnes)	63,75 (= 85 v. H. von 75 v. H. des Grundlohnes)
für Mitglieder mit fünf und mehr Familienangehörigen	65,00 (= 100 v. H. von 65 v. H. des Grundlohnes)	mindestens 50,00 mindestens 50 v. H. des Grundlohnes)	63,75 (= 85 v. H. von 75 v. H. des Grundlohnes)

Die durchschnittliche Zunahme dürfte etwa 12 v. H. ausmachen. Bei absoluten Gesamtausgaben an Hausgeld in Höhe von annähernd 100 Millionen DM bedeutet dies eine Mehrausgabe von 12 Millionen DM.

3. Mutterschaftshilfe (§§ 207 bis 215)

Die Mutterschaftshilfe umfaßt:

- a) Ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei und Heilmitteln,
- b) einen Pauschbetrag für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen,
- c) Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt,
- d) Mutterschaftsgeld.

Zu a)

Die Änderungen des Entwurfs führen nicht zu bedeutenden Mehrausgaben.

Zu b)

Dieser Pauschalbetrag in Höhe von 100 DM tritt an die Stelle des bisherigen Entbindungskostenbeitrages und des Stillgeldes. Nach den Rechnungsergebnissen für 1957 haben die Krankenkassen für den Entbindungskostenbeitrag 11,2 Millionen DM, für Stillgeld 34,2 Millionen DM aufgewendet. Die Gesamtsumme von 45 Millionen DM verteilt sich auf rd. 719 000 Wochenhilfefälle der Mitglieder und der Familienangehörigen; die entsprechenden Zahlen für 1958 werden mit 51 Millionen DM und 734 000 Fällen angenommen, so daß je Fall 69 DM an Ausgaben entstanden sind.

Die Mehrausgaben nach dem Entwurf stellen sich demnach auf 31 DM je Fall, das bedeutet bei insgesamt 734 000 Wochenhilfefällen eine jährliche zusätzliche Ausgabe von 23 Millionen DM.

Zu c)

Mitglieder

Nach § 196 Abs. 1 Nr. 1 RVO konnte Wöchnerinnenheimpflege für Mitglieder anstelle des Wochengeldes gewährt werden. Das Wochengeld betrug nach den Rechnungsergebnissen 1957 im Durchschnitt 5,20 DM täglich, für 1958 wird mit 5,80 DM gerechnet. Nach dem Entwurf ist bei Gewährung von Wöchnerinnenheimpflege der halbe Pauschbetrag (§ 211) einzubehalten, was bei einer Leistungsdauer von zehn Tagen einem Betrag von 5 DM je Pflegetag entspricht. Insoweit würden die neuen Vorschriften also nur eine geringe Belastung der Krankenkassen zur Folge haben, die noch dadurch ausgeglichen wird, daß die Dauer der Wöchnerinnenheimpflege jetzt auf höchstens zehn Tage festgesetzt ist, früher jedoch etwas länger war.

Eine Ersparnis gegenüber dem bisherigen Rechtszustand tritt dadurch ein, daß Hausgeld bei Wöchnerinnenheimpflege in Zukunft nicht mehr gewährt wird. Das Hausgeld ist mit etwa 1,10 DM täglich an-

zusetzen; demnach ergibt sich bei insgesamt etwa 1 500 000 Heimpflegetagen eine Minderausgabe in Höhe von 1,6 Millionen DM.

Weiter ist jedoch zu berücksichtigen, daß in Zukunft die Wöchnerinnenheimpflege auf Antrag bewilligt werden muß, während sie bisher nur eine Kannleistung war. Daher ist mit einer erheblichen Ausdehnung der Wöchnerinnenheimpflege zu rechnen. Tatsächlich haben auch bisher schon viele Wöchnerinnen auf eigene Kosten eine Anstalt zur Entbindung aufgesucht. Nimmt man an, daß der Anteil der Anstaltsentbindungen sich von rd. 40 auf rd. 60 v. H. der Mutterschaftshilfefälle erhöht, was etwa dem allgemeinen Anteil der Anstaltsentbindungen an der Gesamtzahl der Geburten entspräche, so würde sich die Zahl der Wöchnerinnenheimfälle von Versicherten jährlich um rd. 90 000 steigern. Diese Gesamtkosten eines Anstaltsfalles sind mit rd. 150 DM anzusetzen. Unter Abzug des halben Pauschbetrages würden die Aufwendungen für diese zusätzlichen Fälle demnach $90\,000 \times 100 = 9$ Millionen DM betragen.

Familienangehörige

Das bisher einbehaltene Wochengeld stellte sich auf 0,65 DM täglich, während der in Zukunft abzuziehende Pauschbetrag 5 DM täglich ausmacht. Bei 1,7 Millionen Wöchnerinnenheimtagen werden demnach die Krankenkassen um 8,6 Millionen DM entlastet. Eine Ersparnis durch Wegfall des Hausgeldes tritt hier nicht ein, da die Angehörigen hierauf keinen Anspruch hatten. Unter den im vorhergehenden Absatz gemachten Voraussetzungen kann man die zusätzliche Zahl der Wöchnerinnenheimfälle mit 130 000 veranschlagen.

Die Mehraufwendungen betragen hier wie bei den Versicherten 100 DM je Fall, also insgesamt 13 Millionen DM.

Für die Wöchnerinnenheimpflege der Mitglieder und der Familienangehörigen sind demnach alles in allem Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von rd. 12 Millionen DM zu erwarten.

Zu d)

Für Wochengeld an Mitglieder haben die Krankenkassen im Jahre 1957 128,4 Millionen DM aufgewandt. Für 1958 werden diese Ausgaben unter Berücksichtigung der erhöhten Mitgliederzahl und der Steigerung der Grundlöhne sowie der Rechnungsergebnisse für das erste Halbjahr mit 146 Millionen DM angenommen.

Nach dem Entwurf wird sich die Durchschnittsdauer des Bezuges von Wochengeld (zukünftig Mutterschaftsgeld genannt) voraussichtlich von 11,4 auf 13 Wochen erhöhen, d. h. um 18 v. H. An Mutterschaftsgeld erhalten beschäftigte Versicherte das bisherige Arbeitsentgelt (bis zur Höchstgrenze der Bemessungsgrundlage), vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Den Durchschnittsbetrag dieses Mutterschaftsgeldes kann man mit 7,75 DM täglich annehmen. Bei einer Gesamtzahl von 24,9 Millionen Wo-

chengeldtagen werden die Krankenkassen 195 Millionen DM an Mutterschaftsgeld für die genannten Versicherten zu zahlen haben.

Die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Versicherten erhalten Mutterschaftsgeld nur noch dann, wenn sie Anspruch auf Krankengeld haben, und zwar in Höhe dieses Krankengeldes. Die Zahl dieser Mitglieder wird voraussichtlich nur noch gering sein. Schätzungsweise wird für 430 000 Tage ein Mutterschaftsgeld in Höhe von 9 DM täglich zu gewähren sein = rd. 4 Millionen DM.

Die Gesamtsumme des Mutterschaftsgeldes für beschäftigte und nicht beschäftigte Versicherte stellt sich demnach auf rd. 200 Millionen DM. Davon hat gemäß § 215 des Entwurfs der Bund die Hälfte zu übernehmen, so daß für die Krankenkassen 100 Millionen DM verbleiben. Im Vergleich zu den bisherigen Ausgaben bedeutet das ein Ersparnis um 46 Millionen DM.

Wochengeld für Angehörige ist nach dem Entwurf nicht mehr zu zahlen. Somit entfallen die bisherigen Aufwendungen dafür in Höhe von rd. 20 Millionen DM.

Für die Mutterschaftshilfe insgesamt ergibt sich demnach folgendes Bild:

Pauschbetrag für die mit der Entbindung im Zusammenhang stehenden Aufwendungen	. + 23 Millionen DM,
Wöchnerinnenheimpflege	. + 12 Millionen DM,
Mutterschaftsgeld - 66 Millionen DM,
zusammen Minderausgaben:	rd. 30 Millionen DM.

4. Sterbegeld (§§ 219 und 220)

Durch die Vorschriften in den §§ 219 und 220 des Entwurfs wird nicht nur das bisherige Regelsterbegeld, sondern auch das von den Kassen in ihren Satzungen festgelegte Sterbegeld im allgemeinen stark erhöht.

Der Durchschnittsbetrag des Sterbegeldes für Mitglieder ohne Rentner stellte sich im Jahre 1958 auf etwa 360 DM je Fall. Nach der Neuregelung werden im Durchschnitt nach den Einkommensverhältnissen von 1958 465 DM zu zahlen sein. Je Sterbegeldfall ergibt sich also eine Mehrausgabe von 105 DM. Bei rund 98 000 Sterbegeldfällen von Mitgliedern entspricht dies einem absoluten Mehraufwand von rund 10 Millionen DM.

Bei Todesfällen von Angehörigen der Mitglieder ohne Rentner wurden 1958 im Durchschnitt 245 DM je Fall aufgewandt. Nach den neuen Vorschriften ist Sterbegeld in gleicher Höhe wie für Mitglieder zu zahlen, jedoch mit der Einschränkung, daß bei Todesfällen von Kindern unter zwölf Jahren nur die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes zu gewähren ist. Da unter den Todesfällen von Familienangehörigen solche von Kindern unter zwölf Jahren nach den Ergebnissen der Bevölkerungsstatistik relativ häufig sind, ist der Durchschnittsbetrag des Sterbegeldes für Familienangehörige nach der Neuregelung mit etwa 350 DM anzunehmen. Die Mehrausgabe je Fall

beträgt also 105 DM. Dies bedeutet bei jährlich etwa 61 000 Sterbegeldfällen einen absoluten Mehraufwand von rd. 7 Millionen DM.

Bei Todesfällen von Rentnern und ihrer Familienangehörigen haben die Krankenkassen bisher im Durchschnitt ein Sterbegeld von rund 260 DM gezahlt. Dabei sind Leistungen aus der Zusatzversicherung nicht berücksichtigt. Sie müssen hier außer Betracht bleiben, da die Neuregelung diese Versicherungen nicht berührt. Das Sterbegeld für Rentner und ihre Familienangehörigen ist mit dem Mindeststerbegeld in Höhe von 400 DM anzusetzen; denn einerseits ist die Zahl der Renter, deren Rente 400 DM übersteigt, sehr gering, auf der anderen Seite werden aber auch Todesfälle von Familienangehörigen unter zwölf Jahren selten vorkommen. Demnach beträgt der Mehraufwand je Fall etwa 140 DM. Bei insgesamt etwa 235 000 Sterbegeldfällen von Rentnern und Familienangehörigen sind demnach Mehraufwendungen in Höhe von rd. 33 Millionen DM zu erwarten.

Alles in allem wird die vorgesehene Neuregelung einen Mehraufwand für Sterbegeld in Höhe von rd. 50 Millionen DM erfordern.

Bei diesen Berechnungen konnte nicht der Umstand berücksichtigt werden, daß die Krankenkassen die Möglichkeit haben, durch Satzungsvorschrift das Sterbegeld bis zum Eineinhalbfachen der Bemessungsgrundlage zu erhöhen.

III. Verwaltungskosten

1. Allgemeine Verwaltungskosten

Durch einige Vorschläge des Entwurfs (z. B. Ersatz des bisherigen Stillgeldes und des bisherigen Entbindungskostenbeitrages durch einen Pauschbetrag) wird die Verwaltungsarbeit der Krankenkassen verringert. Auch werden die Kassen finanziell dadurch entlastet, daß ihnen nach § 340 des Entwurfs die Verwaltungskosten für die Auftragsangelegenheiten zu erstatten sind. Andere Vorschriften des Entwurfs werden jedoch zweifellos erhöhte Verwaltungsarbeit zur Folge haben; dies gilt vor allem für die Vorschriften über die Zuzahlung der Versicherten und über die Einzelabrechnung der ärztlichen Honorare. Die finanziellen Auswirkungen dieser Änderungen auf die Verwaltungskosten lassen sich im voraus nicht zuverlässig beurteilen. Vorsorglich wird für die Verwaltungskosten eine Mehrausgabe in Höhe von 20 Millionen DM angesetzt, was etwa 5 v.H. der Verwaltungskosten von 1958 entspricht.

2. Beratungsärztlicher Dienst

Die Neugestaltung des beratungsärztlichen Dienstes dürfte Mehrausgaben erwarten lassen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Tätigkeit des beratungsärztlichen Dienstes auf die Dauer voraussichtlich zu Einsparungen an Leistungen führen wird, die man jetzt jedoch noch nicht in Rechnung stellen kann. Die zunächst zu leistenden Mehrausgaben werden auf 20 Millionen DM jährlich geschätzt.

IV. Zusammenfassung

Abschließend wird noch eine Gesamtübersicht über die unter I. bis III. dargelegten finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs gegeben.

	Minder- einnahmen Mehr- ausgaben	Mehr- einnahmen Minder- ausgaben
Millionen DM		
I. 2. a) Abschaffung der Mitgliederkassen . . .		18
b) Andere Beitragsberechnung für Rentner	20	
c) Andere Beitragsregelung für Arbeitslose		12
II. 1. a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen . .	100	
b) Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen .	26	
2. a) Ärztliche Behandlung		225 bis 310
b) Zahnärztliche Behandlung		59 bis 81
c) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln		145
d) Zahnersatz	110	
e) Krankenhauspflege	35	82
f) Krankengeld und Krankengeld bei Krankenhausbehand- lung	88	145
3. Mutterschaftshilfe		
b) Pauschbetrag für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Auf- wendungen	23	
c) Pflege in einer Entbindungs- oder Kran- kenanstalt	22	10
d) Mutterschaftsgeld		66
4. Sterbegeld	50	
III. 1. Allgemeine Verwaltungskosten	20	
2. Beratungsärztlicher Dienst	20	
zusammen	526	762 bis 869
Saldo		236 bis 343

Der Bund wird durch den Gesetzentwurf (Neuregelung der Erstattung des Mutterschaftsgeldes) mit etwa 20 Millionen DM je Jahr direkt belastet; durch die Beitragsneuregelung in der Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosenhilfe und durch Streichung des § 74 des Reichsknappschaftsgesetzes kann eine Mehrbelastung von etwa 42 Millionen DM je Jahr entstehen. Länder und Gemeinden werden durch den Entwurf nicht mit Kosten belastet.

Stellungnahme des Bundesrates

Artikel I

1. In § 165

sind die Worte „zur Abwendung und Früherkennung von Krankheit, bei Krankheit und Tod sowie im Falle der Mutterschaft Leistungen“ durch die Worte „Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, bei Krankheit und Tod“ zu ersetzen.

Begründung

Die Bundesregierung will das Leistungsrecht der Krankenversicherung „an die Erfordernisse moderner Gesundheitspflege“ anpassen und begründet damit den „Ausbau der Leistungen zur Früherkennung und zur Abwendung von Krankheiten“ (Begründung zum Gesetzentwurf S. 63). Die Leistungen der Vorsorgehilfe werden, auch systematisch berechtigt, als erste der Leistungen der Krankenversicherung aufgeführt (§ 176). Das trägt dem Stande sozialhygienischer Erkenntnis, da anstelle von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit Gesundheit und Leistungsfähigkeit zur zentralen Frage der sozialen Sicherung geworden sind, im Ansatz Rechnung.

Wenn jetzt mit § 165 zum erstenmal die Aufgaben der Krankenversicherung in der RVO umrissen werden, muß dieser Wandel der Zielsetzung deutlich erkennbar werden. Die Formulierung „Abwendung von Krankheit“ ist in keinem Fall verwendbar; denn sie ist dem Sprachgebrauch der seuchenpolizeilichen Gefahrenabwehr entnommen.

2. In § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6

ist jeweils das Wort „pflichtversichert“ durch das Wort „versichert“ zu ersetzen.

Begründung

Wie in § 165 Abs. 1 Nr. 3 und 4 RVO werden in § 166 Nr. 5 und 6 die Rentenbewerber, die Rentenbezieher und ihre Hinterbliebenen für versicherungspflichtig erklärt, wenn der Versicherte während der letzten 5 Jahre vor Stellung des Rentenanspruches mindestens 52 Wochen bei einem Träger der sozialen Krankenversicherung versichert war. Es macht jedoch der Entwurf insofern eine erhebliche Einschränkung, als er die Versicherungspflicht auf diejenigen beschränkt, die in der betreffenden Zeit pflichtversichert waren. Das bedeutet eine Schlechterstellung.

3. In § 166 Abs. 2

sind die Worte „oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften“ durch die Worte „oder nach den Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes gegen Krankheit“ zu ersetzen.

Begründung

Außer den Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes sind keine Vorschriften bekannt, nach denen

eine Person gegen Krankheit zu versichern wäre. Die in dem Entwurf enthaltene allgemeine Fassung sollte jedenfalls durch enumerative Aufführung ersetzt werden, um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, wie sie z. B. durch ähnliche Fassungen im Lastenausgleichsgesetz erzeugt worden sind.

4. In § 167 Nr. 1

sind die Worte „7920 Deutsche Mark“ durch die Worte „den in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten als Beitragsbemessungsgrenze festgesetzten Betrag (§ 1385 Abs. 2 RVO und § 112 AVG)“ zu ersetzen.

Begründung

Die Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetze sehen eine periodisch vorzunehmende Neufestsetzung der Beitragsbemessungsgrenzen vor. Da das Schutzbedürfnis in der sozialen Krankenversicherung mindestens ebenso groß ist wie in der Rentenversicherung, ist eine gegenseitige Angleichung mit der Wirkung, daß die Neufestsetzung in der Rentenversicherung automatisch jeweils auch in der Krankenversicherung verbindlich wird, unter sozialen Gesichtspunkten unerläßlich.

Die Angleichung bedeutet zugleich eine verhältnismäßig einfache Handhabung beim Beitragsbeitrag, der von den Krankenkassen für beide Versicherungszweige gemeinsam durchzuführen ist, für die Versicherten und die Arbeitgeber außerdem eine wesentliche Erleichterung für die Beachtung der mit dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht verbundenen Rechtsfolgen.

Die Anhebung ist auch erforderlich, weil bei einer zu niedrigen Versicherungspflichtgrenze die Arbeitnehmer zu häufig von der Versicherungspflicht zur Versicherungsfreiheit und umgekehrt wechseln würden.

5. In § 167 Nr. 2

sind die Worte „oder bei Verwandten ersten Grades“ zu streichen.

Begründung

Nach § 175 RVO begründet die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen keine Versicherungspflicht. Auch in der Rentenversicherung sind nur die Ehegatten im Verhältnis zueinander versicherungsfrei (§ 1228 Abs. 1 Nr. 1 RVO, § 4 Abs. 1 Nr. 2 AVG). Nach § 167 Nr. 2 sollen auch die Personen versicherungsfrei sein, die bei einem Verwandten ersten Grades beschäftigt sind. Es ist zu empfehlen, die Worte „oder bei Verwandten ersten Grades“ zu streichen. Dagegen spricht nicht der Umstand, daß nach § 65 AVAVG der Kreis der Personen, die als Verwandte oder Verschwägerte des Arbeitgebers von der Verpflichtung zur Arbeitslosenversicherung freigestellt sind, sehr weit gezogen ist.

Es ist klar, daß in diesem Bereich ganz andere Verhältnisse vorliegen als in dem der Rentenversicherung oder Krankenversicherung. Eine unterschiedliche Regelung in den letzteren beiden Bereichen ist unbegründet.

6. § 167 Nr. 3

Die Worte „oder wenn sie zur Ausbildung oder Weiterbildung für ihren zukünftigen Beruf nach Abschluß des Hochschulstudiums“ sind zu streichen.

Begründung

Anpassung an die in der Rentenversicherung geltende Vorschrift. Es wird keine Veranlassung gesehen, die Krankenversicherung auch für nach Abschluß des Studiums ausgeübte Tätigkeiten auszu-schließen, insbesondere da die Entscheidung, ob eine solche Tätigkeit der Ausbildung oder Weiterbildung für den zukünftigen Beruf dient, erfahrungsgemäß zu einer großen Zahl von Streitfällen führt (z. B. Assistenzärzte). Wenn schon ein Bedürfnis zur Rentenversicherung, d. h. im Hinblick auf möglicherweise erst in vielen Jahren eintretende schutzbedürftige Tatbestände, gesehen wird, muß dies erst recht für den auf kürzere Zeiträume gedachten Krankenversicherungsschutz gelten.

7. In § 167 Nr. 4

ist folgender Halbsatz einzufügen:

„sofern die Einkünfte aus der letzteren fünfzig vom Hundert der Einkünfte aus beiden Tätigkeiten nicht übersteigen.“

Begründung

Die Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebenbeschäftigung führt zu Auslegungsschwierigkeiten.

8. § 167 Nr. 5

ist zu streichen.

Begründung

Dieser Personenkreis soll weiterhin Barleistungen im Krankheitsfall erhalten.

9. § 167 erhält folgende neue Nr. 12:

„12. die an privaten genehmigten Ersatzschulen beschäftigten hauptamtlichen Lehrer, die auf Grund gesetzlicher Vorschriften für den Fall der Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben.“

Begründung

Da die wirtschaftliche und rechtliche Stellung der an den privaten genehmigten Ersatzschulen beschäftigten Lehrer der Stellung der Lehrer an vergleichbaren öffentlichen Schulen auf Grund gesetzlicher Vorschriften entsprechen muß und diese Lehrkräfte daher im Falle der Krankheit ihre Bezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen weitergezahlt erhalten, sind sie auch hinsichtlich ihrer Krankenversicherungspflicht den beamteten Lehrkräften gleichzustellen und daher hiervon auszunehmen.

10. In § 169 Nr. 1

sind nach dem Wort „überschreitet“ die Worte „ausgeübt wird“ anzufügen.

Begründung

Notwendige Ergänzung.

11. In § 171 Abs. 1

ist der letzte Halbsatz

„wenn sie unmittelbar vor dem Ausscheiden dreizehn Wochen versichert waren“

zu streichen.

Begründung

Wenn eine Versicherung von 52 Wochen in den letzten 5 Jahren als ausreichend für die Begründung der Rentnerkrankenversicherung angesehen wird, wie in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 vorgesehen, so sollte eine solche Versicherungsdauer auch zur Begründung des Weiterversicherungsrechts ausreichen. Die Hinzufügung einer weiteren Bedingung ist sozial nicht gerechtfertigt, zumal § 169 Nr. 2 des Entwurfs Weiterversicherungen nach einer zu kurzen Beschäftigungsdauer ohnehin ausschließt.

12. Zu § 172 Abs. 1 — Einleitung

Die hier aufgeführte Einkommensgrenze ist der zu § 167 Nr. 1 vorgeschlagenen anzupassen.

13. § 172 Abs. 1 Nr. 3

erhält folgende Fassung:

„3. Empfänger von Versichertenrenten oder Hinterbliebenenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten, die nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6 bezeichneten Personen gehören.“

Begründung

Es wird kein Grund gesehen, die Bezieher von Renten und sonstige Hinterbliebene schlechter zu stellen als die Waisen.

14. § 172 Abs. 2

erhält folgende Fassung:

„(2) Die Kasse kann den Beitritt von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Sie kann außerdem Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, durch den Beratungsarzt untersuchen lassen. Sie kann binnen einem Monat den Beitritt Erkrankter und solcher Personen, für die das Gesundheitszeugnis nicht genügt, mit Wirkung von der Antragstellung an zurückweisen.“

Begründung

Der Entwurf weicht zuungunsten der Versicherten auch insofern vom geltenden Recht ab, als er der Kasse das Recht gibt, die Aufnahme von einer ärztlichen Untersuchung der Familienangehörigen abhängig zu machen. Diese Einschränkung bringt die Gefahr unbilliger Härten und des Mißbrauchs mit

sich. Die Möglichkeit ist nicht von der Hand zu weisen, daß es Kassen geben wird, die das Risiko kinderreicher Familien mit dem Hinweis auf die neue Vorschrift von sich abzuwälzen suchen.

15. In § 173 Abs. 2

sind die Worte „drei Wochen“ durch die Worte „sechs Wochen“ zu ersetzen.

Begründung

Die längere Frist ist insbesondere für beitragsberechtigte Witwen gegeben, die erfahrungsgemäß wegen der mit dem Tod des Ehegatten verbundenen Umstände die Dreiwochenfrist häufig versäumen. Im übrigen hatte bereits das Rentnerkrankenversicherungsrecht von 1941 für die Weiterversicherung von Witwen diese verlängerte Frist vorgesehen. Es genügt auch nicht, Ausnahmen zuzulassen, wenn die Verspätung nicht auf Verschulden des Berechtigten beruht.

16. In § 174 Abs. 2

ist das Wort „zehn“ durch das Wort „fünf“ zu ersetzen.

Begründung

Wenn diese Vorschrift, wie in der Begründung zu § 174 Abs. 2 ausgeführt wird, Härtefälle beseitigen soll, muß sichergestellt werden, daß bereits nach fünfjähriger Versicherungszeit die Fortführung der Versicherung möglich ist.

17. Zu § 176 Nr. 1 — Vorsorgehilfe

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, welcher Teil des Aufwands für Leistungen nach den §§ 177 bis 182 zur Finanzverantwortung der Krankenversicherung gehört, welcher Teil weiter zur Finanzverantwortung des öffentlichen Gesundheitswesens oder künftig zur Verantwortung der Träger der Unfallversicherung (oder der Träger der Rentenversicherungen) gehören soll.

18. § 176 Nr. 3 (§§ 207 bis 215)

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte geprüft werden, in welchem Umfang die Leistungen der Mutterschaftshilfe der Krankenversicherung als Auftragsangelegenheit zur Durchführung überlassen bleiben.

19. In § 178 Abs. 1 ist

a) die Zahl „40“ durch die Zahl „30“ zu ersetzen;

Begründung

Viele Krankheiten, die nicht rechtzeitig erkannt werden und zur Arbeitsunfähigkeit führen können, treten auch bei Personen zwischen 30 und 40 Jahren auf. Vorsorgeuntersuchungen sollten daher auch bei diesem Personenkreis vorgesehen werden.

b) das Wort „drei“ durch das Wort „zwei“ zu ersetzen.

Begründung

Eine Dreijahresspanne erscheint für Früherkennungsuntersuchungen zu lang.

20. § 180

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte geprüft werden, ob nicht für die Fälle, in denen nach ärztlichem Urteil eine Arbeitsunfähigkeit zu befürchten ist, eine Regelleistung erforderlich wird. Insbesondere wäre zu prüfen, ob die Erfahrungen der Rentenversicherungsträger es für diese und für die Krankenversicherung rechtfertigen, die Kann-Leistung in eine Soll-Leistung umzuwandeln.

21. § 181 Abs. 1 Satz 2

Der letzte Halbsatz erhält folgende Fassung:

„darf die Kasse sie nicht gewähren“.

Begründung

Notwendige Klarstellung.

22. § 184 Abs. 1 Satz 1

Der zweite Halbsatz erhält folgende Fassung:

„sie umfaßt ärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz, Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie mit Brillen, Bruchbändern und anderen Heilmitteln“.

Begründung

Die in den §§ 184 und 190 Abs. 1 des Entwurfs vorgesehene Regelung stellt gegenüber dem geltenden Recht eine Verschlechterung dar. Sie hebt nämlich die Verpflichtung der Kassen zur Gewährung von Brillen, Bruchbändern, kleineren Heilmitteln und Zuschüssen zu größeren Heil- und Hilfsmitteln auf und setzt an deren Stelle in § 190 Abs. 1 des Entwurfs lediglich eine Mehrleistung, die eine entsprechende Satzungsbestimmung voraussetzt.

23. § 185 Abs. 3

ist zu streichen.

Begründung

Auf die Regelung in Absatz 3 sollte im Hinblick auf die für die Praxis in diesem Zusammenhang ausreichende Regelung des Absatzes 2 verzichtet werden, weil Absatz 3 hinsichtlich der Voraussetzung „triftiger Grund“ kaum zu überwindende Beweisschwierigkeiten schaffen würde.

24. a) §§ 186, 188, 194

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Krankenhilfe begegnet erheblichen verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten. Das beabsichtigte Einzugsverfahren führt zu einem nicht vertretbaren Verwaltungsmehraufwand. Aus diesem Grunde ist im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob nicht das mit der Kostenbeteiligung beabsichtigte Ergebnis wirksamer in anderer Form erreicht werden kann.

b) Empfehlungen zu §§ 186, 188, 194 und 421

Nach der Konzeption der Regierungsvorlage handelt es sich bei den von den Versicherten zu leistenden Zahlungen nicht um öffentlich-rechtliche, sondern um bürgerlich-rechtliche Verbindlichkeiten. Der Bundesrat ist der Auffassung, daß sich hieraus erheb-

liche justizpolitische Bedenken ergeben, da die Durchsetzung der Zuzahlungsansprüche im Zivilprozeß zu einer starken zusätzlichen Belastung der Amtsgerichte führen wird.

Wird an dieser Konzeption festgehalten, so sollte jedenfalls erklärt werden, ob die Zuzahlungen der Versicherten auch unmittelbar an den Arzt erfolgen können oder ob die Zuzahlungen stets durch die Kassenärztliche Vereinigung einzuziehen sind.

c) § 186 Abs. 2 Satz 2

Das Wort „diese“ ist durch das Wort „die“ zu ersetzen.

Begründung

Es ist klarzustellen, daß die Frist des Satzes 1 bereits mit der Behandlung der ersten Krankheit beginnt.

25. § 190

Die Absätze 1 und 3 sind zu streichen.

Begründung

Folge des Änderungsvorschlags zu § 184 Abs. 1 Satz 1.

26. § 191

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Satzung der Kasse kann zu den Kosten für Zahnersatz sowie für Brücken, Kronen und Stütz- zähne Zuschüsse vorsehen. Sie kann die Höhe dieser Zuschüsse unterschiedlich bemessen danach, ob die in § 179 vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig vorgenommen worden sind. Die Zuschüsse dürfen mit denen anderer Versicherungs- träger zusammen höchstens neunzig vom Hundert betragen; sie müssen mindestens sechszwanzig zwei Drittel vom Hundert der Kosten betragen; bei Versicherten, die sich jährlich mindestens einmal von einem Zahnarzt behandeln lassen, sollen sie neunzig vom Hundert betragen.“

b) Die Absätze 2 und 3 sind zu streichen.

Begründung zu a) und b)

Die Regelung sollte den Satzungen und damit der Selbstverwaltung überlassen werden. Die Zuschüsse anderer Versicherungsträger sollen die Kasse insoweit entlasten. Dem Versicherten soll eine Mindestleistung garantiert, andererseits aber auch eine gewisse Selbstbeteiligung zugemutet werden. Durch die Fassung der Regierungsvorlage würden die Kassen zu sehr belastet werden.

27. In § 192 Abs. 2 Satz 2

ist das Wort „Versicherten“ durch das Wort „Krankenhaus“ zu ersetzen.

Begründung

Bei einer Notaufnahme steht dem Krankenhaus der Kostenersatz zu, gleichviel ob es in einem Vertrags- verhältnis zu der Kasse steht oder nicht.

28. § 193 Abs. 1

erhält eingangs folgende Fassung:

„(1) Die Kasse hat auf Antrag Krankenhauspflge zu gewähren, wenn . . .“

Begründung

Die Leistung der Kasse soll nicht in ihr freies Er- messen gestellt sein, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich erscheint.

29. In § 193 Abs. 5

ist die Kann-Bestimmung in eine Muß-Bestimmung umzuwandeln.

Begründung

Notwendige Sicherungsansprüche des Kranken- hauses.

30. In § 195 Abs. 1 Satz 2“

erhält der Relativsatz folgende Fassung:

„die von den Ländern, Gemeinden oder Gemeinde- verbänden oder Religionsgesellschaften oder Spit- zenverbänden der freien Wohlfahrtspflege ein- schließlich ihrer Untergliederungen, Einrichtungen oder Anstalten getragen wird.“

Begründung

Die Selbstverwaltung darf nicht unnötig eingeengt werden. Man sollte grundsätzlich von der Gleich- wertigkeit der Dienste der Hauspflegerinnen in den genannten Stellen ausgehen.

31. § 195 Abs. 2 Satz 2

erhält folgende Fassung:

„Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Hauspflegepersonen, die nicht einer der in Absatz 1 bezeichneten Organisationen angehören, erstattet werden.“

Begründung

Es sollte auch die Möglichkeit zur Erstattung für den Fall zugelassen werden, daß die im Entwurf genann- ten Pflegepersonen nicht zu gewinnen sind und des- wegen andere Personen zu der Pflege herangezogen werden.

32. § 197 Satz 5

ist zu streichen.

Begründung

Das Krankengeld soll wegen seiner Lohnersatzfunk- tion bereits vom ersten Tag an gewährt werden.

33. § 198

a) Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist zu prü- fen, ob es nicht zweckmäßig sein könnte, die bis- herige Berechnung des Krankengeldes im Grund- satz beizubehalten, unter Umständen mit der Maß- gabe, daß das für die Krankengeldberechnung zu- grunde zu legende Entgelt aus einem längeren Zeit- raum — etwa 3 Monate — zu berücksichtigen ist und einmalige Zuwendungen außer Betracht zu blei- ben haben.

Die im Entwurf vorgesehene Regelung wäre sonst zu ergänzen in bezug auf Versicherte, die nach dem

letzten abgerechneten Kalendermonat die Kasse gewechselt haben, und auch solche Versicherte, deren regelmäßige Arbeitsstunden nur für den Monat durch Tarifvertrag oder Einzelvertrag festgesetzt sind.

b) Zu Satz 1 sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren durch einen Zusatz klargestellt werden, daß auch kürzere Zeiträume der Zugehörigkeit zu einer Kasse der Krankengeldberechnung zugrunde gelegt werden können.

34. § 198 Abs. 3

ist zu streichen.

Begründung

Diese rein verwaltungspraktische Regelung sollte — wie auch in § 222 des Entwurfs vorgesehen — der Selbstverwaltung überlassen bleiben.

35. § 200 Abs. 1

a) Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist zu prüfen, ob die Anrechnung der Rente in den im Entwurf vorgesehenen Fällen auf das Krankengeld erfolgen soll,

ob diese Anrechnung nicht erst nach einer gewissen Dauer der Arbeitsunfähigkeit vorgenommen und

ob sie nicht dadurch begrenzt werden soll, daß das Krankengeld mit der Rente 85 vom Hundert des Arrbeitsentgelts nicht übersteigt, wie dies beim Zusammentreffen von Renten der Rentenversicherung mit solchen der Unfallversicherung jetzt vorgesehen ist (§ 1278 RVO).

b) In Satz 1 sind die Worte „oder Altersruhegeld“ zu streichen.

Begründung

Folge der Streichung der Nr. 5 des § 167.

36. § 202 Satz 1

erhält folgende Fassung:

„Der Versicherte hat die Arbeitsunfähigkeit der Kasse innerhalb von drei Tagen mitzuteilen.“

Begründung

Die Mitteilung hat dem Leistungsträger zuzugehen, der auch darüber zu entscheiden hat, ob und wann der beratungsärztliche Dienst einzuschalten ist.

Die Frist von 2 Tagen ist zu kurz.

37. § 205 Abs. 1 Nr. 3

ist zu streichen.

Begründung

Die in § 427 des Entwurfs vorgesehenen Strafmöglichkeiten dürften für Übertretungen dieser Art völlig ausreichend sein.

38. § 205 Abs. 2

Im Hinblick auf die Empfehlung des Bundesrates zu § 553 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs UVNG erhält Absatz 2 folgende Fassung:

„(2) Die Versagung nach Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c ist nur zulässig, wenn der Anspruchsberechtigte wegen der strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt worden ist oder wenn aus anderen Gründen als wegen Freispruchs keine strafgerichtliche Verurteilung erfolgt oder wenn ein Strafverfahren aus anderen Gründen als wegen Mangels an Beweisen nicht eingeleitet oder durchgeführt wird.“

Begründung

Notwendige Ergänzung und Klarstellung.

39. In § 206 Abs. 1 Satz 1

ist die Kann-Bestimmung durch eine Soll-Bestimmung zu ersetzen.

Begründung

Angesichts der Bedeutung, die ärztlicherseits heute allgemein Genesungskuren beigemessen wird, ist eine in das Ermessen der Versicherung gestellte Kann-Leistung nicht ausreichend.

40. In § 216 Abs. 1 Satz 2 und 3

ist das Wort „Erwerbseinkommen“ durch das Wort „Einkommen“ zu ersetzen.

Begründung

Bei der Fassung des Entwurfs wären erwerbstätige Einkommensbezieher ungünstiger gestellt als diejenigen Personen, die sonstiges Einkommen beziehen.

41. § 217 Abs. 3 Satz 2 und 4

Die Vorschrift ist den Beschlüssen zu § 195 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 anzupassen.

42. § 219 Abs. 1 letzter Satz

ist zu streichen.

Begründung

Nach Satz 1 der Vorschrift kann das Sterbegeld 660 DM betragen; bei einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze kann es entsprechend höher sein. Das Sterbegeld durch die Satzung bis zum 1¹/₂-fachen erhöhen zu können, würde bedeuten, daß das Sterbegeld bis zu 990 DM betragen könnte. Dies scheint über den Zweck des Sterbegeldes, die Bestattungskosten zu decken, zu weit hinauszugehen.

43. § 226 Abs. 2 Satz 1

erhält folgende Fassung:

„Freiwillig Versicherte erhalten Krankengeld, wenn sie beim Beitritt zur freiwilligen Versicherung erklärt haben, daß sich die Versicherung auch hierauf erstrecken soll.“

Begründung

Der freiwillig Versicherte kann beim Beitritt nicht voraussehen, ob er bei Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. unter Umständen nach Jahren, in einem Arbeitsverhältnis stehen oder eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben wird. Da er trotz dieser Ungewißheit die entsprechend höheren Beiträge zahlen muß, würde es unververtretbar sein, ihm trotz-

dem später das Krankengeld zu verweigern, weil er bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht in einem Arbeitsverhältnis steht oder eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt. Außerdem müßte, wenn die Vorschrift in der Fassung des Entwurfs beibehalten werden soll, geregelt werden, daß das Krankengeld so lange ruht, wie das Einkommen aus dem Arbeitsverhältnis oder der selbständigen Erwerbstätigkeit weiterläuft. Aus all den Gründen empfiehlt es sich, es lediglich auf den beim Zustandekommen der Versicherung geäußerten Willen des Versicherten und die entsprechende Beitragszahlung abzustellen, ob er Krankengeld erhält oder nicht.

44. § 227 Abs. 1 Nr. 4

ist wie folgt zu ergänzen:

„hinsichtlich derjenigen Krankheit, deretwegen er in die Anstalt aufgenommen worden ist.“

Begründung

Vom Standpunkt der öffentlichen Fürsorge erscheint nicht gerechtfertigt, die in einer Anstalt dauernd zur Pflege untergebrachten Personen auch hinsichtlich derjenigen Krankheiten von Versicherungsleistungen auszuschließen, die nicht Anlaß zur Anstaltsunterbringung gewesen sind. Die sogenannten interkurrenten Erkrankungen sollen in jedem Fall die Versicherungsleistungen auslösen. Dies gilt insbesondere für Zahnbehandlung und Zahnersatz.

45. § 227 Abs. 1 Nr. 5

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte die finanzielle Auswirkung dieser Bestimmung im Vergleich zur bisherigen Rechtslage geprüft werden, die eine Kostenbeteiligung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Trägern der öffentlichen Fürsorge nach Maßgabe des Erlasses des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern betreffend Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken vom 5. September 1942 (RABl. II S. 490; sog. Halbierungserlaß) vorsah. Dieser Erlaß wird aber durch Artikel 6 (Schlußvorschriften) § 2 Nr. 32 aufgehoben. Bedenklich erscheint ferner die unterschiedliche Behandlung von Versicherten:

Der gleiche Personenkreis erhält Leistungen aus der Versicherung, wenn er sich freiwillig in das Krankenhaus oder eine ähnliche Anstalt begibt.

46. §§ 228 bis 230

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob im Gesetz eine Generalklausel entsprechend der Regelung in § 170 Abs. 2 des Entwurfs aufzunehmen ist.

47. § 228 Abs. 4

Folgender Satz 2 ist anzufügen:

„§ 1539 gilt entsprechend.“

Begründung

Eine Ausschußfrist ist notwendig, weil die Kassen sonst in solchen Fällen eine etwaige Leistung ge-

genüber dem Versicherten aus Sicherheitsgründen bis zum Ablauf der Verjährungsfristen zurückstellen müssen. Das scheint nicht vertretbar.

48. Zu § 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2, §§ 237, 238 Abs. 2, § 239 Abs. 2, § 240 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 257 Abs. 1, § 367 Abs. 3, § 369 Abs. 2, § 371 Abs. 2, § 393 Abs. 1, § 418 Abs. 1, § 423 Abs. 2, § 424 Abs. 1, ferner Artikel 2 § 5 Nr. 10, Artikel 3 § 13 Abs. 1, § 17 Abs. 3 und § 20 Abs. 1

Die in den genannten Vorschriften angesprochenen Landesbehörden sollen jeweils ersetzt werden durch die Zuständigkeitsbezeichnung „die von der Landesregierung bestimmte(n) Behörde(n)“.

Begründung

Es bestehen verfassungspolitische Bedenken dagegen, in Bundesgesetzen die Zuständigkeit von bestimmten Landesbehörden festzulegen. Nach der vom Bundesrat ständig vertretenen Auffassung sollte die Bestimmung der Behördenzuständigkeiten den Ländern überlassen bleiben (vgl. BT-Drucksache 758 Anlage 2 Nr. 53 S. 86).

49. § 236

erhält folgende Fassung:

„§ 236

Ortskrankenkassen werden nach Anhörung des Landesverbandes (§ 371) durch die von der Landesregierung bestimmte Stelle errichtet.“

Begründung

Die Vorschrift, nach der Ortskrankenkassen durch Beschluß der Gemeinde, des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise errichtet werden, ist im wesentlichen der Bestimmung des § 231 Abs. 1 RVO nachgebildet. Es ist nicht einzusehen, weshalb diese Regelung beibehalten werden soll, da sie durch die Entwicklung überholt ist. Bei den Trägern der Sozialversicherung handelt es sich zwar um Selbstverwaltungseinrichtungen, die jedoch zu den kommunalen Selbstverwaltungsorganen keine Beziehungen haben. Sachliche Berührungspunkte bestehen zwischen ihnen und den Gemeinden und Gemeindeverbänden nicht, zumal nach dem Gesetzentwurf nicht beabsichtigt ist, die Gemeinden und Gemeindeverbände noch zu weiteren Aufgaben als zur Errichtung von Kassen und zur Tragung von Fehlbeträgen heranzuziehen. Es sind keine Gründe ersichtlich, die verbieten würden, die Errichtung von Ortskrankenkassen einer von der Landesregierung bestimmten Behörde allgemein zu übertragen. Im übrigen sollte es den Landesregierungen überlassen bleiben, wann und in welchem Umfang sie eine Beteiligung der Gemeinden und Gemeindeverbände hierbei vorsehen wollen.

50. § 239

erhält folgende Fassung:

„§ 239

Landkrankenkassen werden nach Anhörung des Landesverbandes (§ 371) durch die von der Landesregierung bestimmte Behörde errichtet.“

Begründung

Vergleiche Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 236.

51. In § 241 Abs. 1 Satz 1

ist die Zahl „450“ durch die Zahl „750“ zu ersetzen.

Begründung

Die umfangreichen Aufgaben der Krankenversicherung können nur durch eine größere Versicherten-gemeinschaft getragen werden.

52. § 241 Abs. 6

ist zu streichen und in der Fassung

„Die Genehmigung zur Errichtung . . .“

in § 258 als Absatz 2 anzufügen.

Begründung

Die Vorschrift gehört aus rechtssystematischen Gründen in geänderter Fassung nach § 258.

53. § 244 Abs. 2 Satz 2

Die Zahl „450“ ist durch die Zahl „750“ zu ersetzen.

Begründung

Folge des Änderungsvorschlags zu § 241 Abs. 1 Satz 1.

54. §§ 245, 250 und 253

Die Worte „ist . . . aufzulösen“ sind durch die Worte „kann . . . aufgelöst werden“ zu ersetzen.

Begründung

Würde die Fassung des Entwurfs bestehenbleiben, hätte die Aufsichtsbehörde nur den Beschluß der Selbstverwaltungsorgane zu vollziehen. Es würde dann die Errichtung derartiger Krankenkassen ohne jedes Risiko sein, weil das Selbstverwaltungsorgan einer derartigen Krankenkasse jederzeit schon bei vorübergehender Belastung eine Auflösung beschließen könnte.

55. § 246 Nr. 4

Die Zahl „150“ ist durch die Zahl „250“ zu ersetzen.

Begründung

Die Erhöhung ist im Hinblick auf die vorgeschlagene Erhöhung in § 241 Abs. 1 und § 244 Abs. 2 erforderlich.

56. § 247 Abs. 1

a) Nach dem Wort „regelmäßig“ ist das Wort „insgesamt“ einzufügen.

Begründung

Anpassung an § 241 Abs. 1 Satz 1.

b) Die Zahl „450“ ist durch die Zahl „750“ zu ersetzen.

Begründung

Siehe Begründung zu lfd. Nr. 51.

57. § 252 Abs. 1

erhält folgende Fassung:

„(1) Ersatzkassen sind die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes tätigen Ersatzkassen.“

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

58. § 257

erhält folgende Fassung:

„§ 257

Die errichtende Behörde erläßt nach Anhörung des Landesverbandes eine vorläufige Satzung. Sie beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse ihre Tätigkeit aufnimmt.“

Begründung

Folge der Änderungsvorschläge zu §§ 236 und 239.

59. § 259 Abs. 2

Die Worte „Gesellenausschüsse aller beteiligten Innungen“ sind durch die Worte „die Mehrheit der abstimmenden volljährigen Arbeitnehmer aller beteiligten Innungen, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen,“ zu ersetzen.

Begründung

Im Hinblick darauf, daß die Innungen in zunehmendem Maße neben Gesellen auch andere Arten von Arbeitnehmern beschäftigen, erscheint es notwendig, die volljährigen Arbeitnehmer an der Willensbildung über die Errichtung einer Innungskrankenkasse zu beteiligen.

60. § 259 Abs. 3

erhält folgende Fassung:

„(3) Die für den Sitz des Betriebes oder der Innung zuständige Landesregierung bestimmt, welche Behörde die Abstimmung leitet.“

Begründung

Anpassung an den Änderungsvorschlag zu § 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2

61. In § 265 Abs. 1 und 2

ist das Wort „Aufsichtsbehörde“ durch die Worte „die nach § 263 Abs. 2 zuständige Aufsichtsbehörde“ zu ersetzen.

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

62. § 266 letzter Satz

ist zu streichen.

Begründung

Die im Entwurf vorgesehene Regelung geht über die entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen hinaus und erscheint deshalb nicht vertretbar.

63. § 268 Abs. 2 letzter Halbsatz

erhält folgende Fassung:

„so haben die nach § 330 Zuschußpflichtigen für den Fehlbetrag einzutreten“.

Begründung

Redaktionelle Änderung zur Anpassung an § 330.

64. In § 276 Abs. 2

sind die Worte „Wohn- und Aufenthaltsort“ durch die Worte „Wohn- oder Aufenthaltsort“ zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Änderung.

65. In § 277 Abs. 2

sind die Worte „zwölf Monate“ durch die Worte „zweiundfünfzig Wochen“ zu ersetzen.

Begründung

Angleichung an § 166 Abs. 1 Nr. 5.

66. In § 277 Abs. 4 Satz 1

sind die Worte „von dem sie ihre Rentenberechtigung“ durch die Worte „aus dessen Versicherung sie ihren Rentenanspruch“ zu ersetzen.

Begründung

Angleichung an § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6.

67. § 277 Abs. 5

a) Im letzten Halbsatz sind die Worte „von der sie ihre Rentenberechtigung“ durch die Worte „aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch“ zu ersetzen.

Begründung

Siehe Begründung unter lfd. Nr. 66.

b) Zur Gleichstellung der Kassenarten ist die Vorschrift auch auf Landkrankenkassen auszudehnen.

68. In § 288 Abs. 1 Nr. 2 und 3

ist das Wort „pflichtversichert“ durch das Wort „versichert“ zu ersetzen.

Begründung

Siehe Begründung des Änderungsvorschlages zu § 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6.

69. § 289 Abs. 2 Nr. 7

erhält folgende Fassung:

„7. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge,“

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

70. In § 289 Abs. 2 Nr. 9

sind nach dem Wort „Aufstellung“ die Worte „und Festsetzung“ einzufügen.

Begründung

Anpassung an § 1353 RVO.

71. In § 295 Abs. 1 Nr. 1

ist das Wort „aufzustellen“ durch das Wort „festzusetzen“ zu ersetzen.

Begründung

Anpassung an § 1353 RVO.

72. § 295 Abs. 2

a) In Satz 1 sind die Worte „ 6 und“ zu streichen.

b) Als Satz 3 ist anzufügen:

„Bei den Betriebskrankenkassen bedürfen Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 6 auch der Mehrheit der Versicherten in der Vertreterversammlung.“

Begründung

Die im Entwurf vorgesehene Bestimmung würde zur Lahmlegung der Selbstverwaltung führen.

73. In § 304 Abs. 1 Satz 2

sind nach dem Wort „Lohnstufen“ die Worte „und deren Mittelbeträge“ einzufügen.

Begründung

Konkretisierung der Ermächtigung.

74. § 304 Abs. 2

Die hier vorgesehene Entgeltgrenze ist der zu § 167 Nr. 1 vorgeschlagenen anzugleichen.

75. § 305 Abs. 1 Satz 1

erhält folgende Fassung:

„Bei Arbeitsunfähigkeit sind so lange keine Beiträge zu entrichten, wie die Kasse dem Versicherten Krankengeld zu gewähren hat, oder solange die Mitgliedschaft nach § 285 Abs. 1 erhalten bleibt.“

Begründung

Notwendige Ergänzung zur Erreichung des nach der Begründung zu dieser Vorschrift beabsichtigten Zweckes, für Krankengeldempfänger die Beitragspflicht, wie auch nach bisherigem Recht, zu beseitigen.

76. § 308 Abs. 1 Satz 1

erhält folgende Fassung:

„Ruht der Anspruch auf Krankengeld, weil der Versicherte während der Krankheit Anspruch auf Arbeitsentgelt hat, so hat die Satzung, wenn der Anspruch auf Arbeitsentgelt mindestens vier Wochen beträgt, die Beiträge zu kürzen.“

Begründung

Die im Entwurf vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, die Beiträge entsprechend zu kürzen, wenn während der Krankheit Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht, ist praktisch in vollem Umfang kaum erfüllbar. Es ist auch nicht notwendig,

schon bei jeder kurzfristigen Lohnfortzahlung eine Beitragsermäßigung eintreten zu lassen. Die Beschränkung der Ermäßigung auf die Fälle der Entgeltzahlung für wenigstens 4 Wochen wird den berechtigten Interessen sowohl der Krankenkassen als auch der Versicherten und der Arbeitgeber gerecht.

77. § 312 Abs. 1

Die hier vorgesehene Einkommensgrenze ist der zu § 167 Nr. 1 vorgeschlagenen Jahresarbeitsverdienstgrenze anzugleichen.

78. § 314 Abs 3

Folgender Satz 2 ist anzufügen:

„Das gleiche gilt für die in § 285 Abs. 2 genannten Mitglieder.“

Begründung

Notwendige Ergänzung.

79. § 315 Abs. 2

Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Besteht das Entgelt nur in Sachbezügen, so hat der Arbeitgeber die Beiträge allein zu tragen.“

Satz 2 ist zu streichen.

Der bisherige Satz 3 wird Satz 2.

Begründung

Die im Entwurf vorgesehene Regelung ist praktisch kaum durchführbar und wird auch erfahrungsgemäß in der Praxis nicht geübt. Die bisher in § 394 Abs. 2 RVO den obersten Verwaltungsbehörden erteilte Ermächtigung, zu bestimmen, wie die hier in Frage kommenden Personen dem Arbeitgeber ihre Beitragsanteile zu erstatten haben, ist in keinem Land benutzt worden.

80. § 321

ist dem in den Ländern geltenden Verfassungs- und Vollstreckungsrecht anzupassen.

81. In § 325 Abs. 2

ist das Wort „haben“ durch das Wort „sollen“ zu ersetzen und das Wort „zu“ zu streichen.

Begründung

Anderung mit Rücksicht auf § 1426 RVO, in dem bestimmt ist, daß die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Trägern der Rentenversicherung die Zusammenarbeit bei der Beitragsüberwachung zu vereinbaren haben.

82. § 328

ist zu streichen.

Begründung

Nach § 326 Abs. 1 des Entwurfs kann von dem Arbeitgeber die Vorlage der Unterlagen an der von der Kasse bestimmten Stelle verlangt werden. Dies dürfte die Betriebsprüfung ermöglichen, wenn sie an Ort und Stelle nicht durchgeführt werden kann. Es erscheint nicht vertretbar, die Arbeitgeber zu ver-

pflichten, Unterlagen aus der Hand zu geben, ohne daß sie oder ihre Vertreter ständig zugegen sind. Auch sollten die mit der Beförderung der unter Umständen recht umfangreichen Unterlagen verbundenen Kosten und Risiken nicht der Kasse zufallen.

83. In § 329 Abs. 1

sind die Worte „und der Leistungen nach § 190 Abs. 1“ zu streichen.

Begründung

Folge der Änderungsvorschläge zu §§ 184 und 190.

84. Zu § 329 Abs. 2 und § 330

a) Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob und in welcher Weise das Verhältnis der Gemeinden zu den Krankenkassen einer Neuordnung bedarf. Die Landesverbände sind für eine Gewährhaftung ungeeignet.

b) In § 329 Abs. 2 Satz 1

sind die Worte „erforderlichen Zuschüsse“ durch die Worte „erforderliche Finanzhilfe“ zu ersetzen.

Begründung

Der Begriff „Zuschüsse“ ist zu eng gefaßt. Es muß dem Garantieträger überlassen bleiben, in welcher Form Finanzhilfe gewährt werden soll.

85. § 331 Satz 2

erhält folgende Fassung:

„§ 329 Abs. 1 gilt entsprechend; laufende Leistungen bleiben unberührt.“

Begründung

Es besteht keine Veranlassung, bei einer durch die Aufsichtsbehörde verfügten Beitragserhöhung die Leistungsbeschränkung unter Umständen bereits bei einem geringeren Beitrag eintreten zu lassen, als dies bei einer satzungsmäßigen Beitragserhöhung der Fall sein würde. § 331 hat offenbar nur den Zweck, den durch die Einberufung der Vertreterversammlung und Genehmigung der Satzung sonst zwangsläufig entstehenden Zeitraum zu überbrücken. Im übrigen aber soll die Verfügung der Aufsichtsbehörde keine andere Wirkung haben, als selbst eine satzungsmäßige Beitragserhöhung haben würde.

86. § 332

erhält folgende Fassung:

„§ 332

Ergibt der Abschluß einer Krankenkasse für ein Geschäftsjahr einen Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben um mehr als zehn vom Hundert der Jahreseinnahmen, so sind, falls das gesetzliche Rücklagenesoll und die Betriebsmittel aufgefüllt sind, die Beiträge zu ermäßigen. Bis zur satzungsmäßigen Neuregelung kann die Aufsichtsbehörde die Ermäßigung der Beiträge verfügen.“

Begründung

Die Fassung des Entwurfs läßt nicht genügend klar erkennen, wie festgestellt werden soll, ob die

Einnahmen der Kasse die Ausgaben übersteigen. Außerdem ist keine Regelung für den Fall getroffen, daß die Kasse die Beitragsermäßigung verweigert oder verzögert. Nach den bisherigen Erfahrungen ist es notwendig, der Aufsichtsbehörde die gleiche Befugnis zu geben, die sie auch in bezug auf eine Beitragserhöhung nach § 331 hat, um die unerwünschte Ansammlung von Mitteln bei Krankenkassen wirksam zu verhindern.

87. § 334

Nach dem Wort „Höhe“ sind die Worte „des Eineinhalbfachen“ einzufügen.

Begründung

Die Heraufsetzung ist zur Erhöhung der Liquidität der Kasse notwendig.

88. In § 345 Abs. 1

sind die Worte „untere Verwaltungsbehörde“ durch das Wort „Behörde“ zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Änderung.

89. In § 351 Abs. 2

sind die Worte „einer Woche“ durch die Worte „von zwei Wochen“ zu ersetzen.

Begründung

Bei der Beschäftigung von Heimarbeitern kommen immer wieder Pausen von mehr als 1 bis 2 Wochen vor. Die Frist von 1 Woche ist zu kurz. Der dauernde Wechsel von Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit sollte vermieden werden.

90. § 352

a) Absatz 1 ist zu streichen.

Begründung

Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 des Heimarbeitsgesetzes (HAG) vom 14. März 1951 (BGBl. I S. 191) sollen die Entgeltbücher bei den in Heimarbeit Beschäftigten verbleiben. Diese Regelung bezweckt, daß die Entgeltüberwacher durch Einsichtnahme in die Entgeltbücher jederzeit eine Kontrolle über die ordnungsmäßige Entlohnung der in Heimarbeit Beschäftigten ausüben können. In der Praxis ist es bereits heute so, daß die Entgeltbücher mehrmals im Monat für mehrere Tage für Zwecke der Lohnabrechnung und Eintragungen dem Auftraggeber zugeleitet werden müssen. Bereits dies erschwert die Entgeltüberwachung erheblich. Eine weitere Erschwerung würde eintreten, wenn, wie in § 352 Abs. 1 des Entwurfs vorgesehen, die Entgeltbücher künftig monatlich auch noch der Krankenkasse einzureichen sind. Es wird kein Grund gesehen, warum nicht auch für die Heimarbeit die Bestimmung des § 324 Abs. 1 des Entwurfs ausreicht.

b) Absatz 2 wird Absatz 1 und erhält folgende Fassung:

„(1) Die Auftraggeber haben bei jeder Entgeltzahlung den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmer-

anteil abzuführen; Entgelt, das die in § 304 Abs. 2 genannte Grenze übersteigt, bleibt außer Betracht.“

Begründung

Folge der Streichung des Absatzes 1.

Es ist damit zu rechnen, daß eine nicht geringe Zahl von Heimarbeitern ihrer Verpflichtung, die Beiträge selbst abzuführen nicht pünktlich nachkommen würde. Die vorgeschlagene Änderung vermeidet diese Schwierigkeit und vereinfacht das Verfahren.

c) Die Absätze 3 und 4 werden Absätze 2 und 3.

91. § 364 Abs. 1 Satz 1

ist durch Anfügung der Worte „oder von der Betriebskrankenkasse seiner Reederei“ zu ergänzen.

Begründung

Die Ergänzung ist erforderlich, weil bei Reedereien auch Betriebskrankenkassen bestehen.

92. §§ 367 bis 370

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob

a) die durch freiwilligen Zusammenschluß von Krankenkassen gebildeten Bezirksverbände Körperschaften des öffentlichen Rechts sein können oder ob es hierzu nicht eines zusätzlichen Hoheitsaktes bedarf;

b) solche Körperschaften durch Beschluß ihres Vorstandes aufgelöst werden können oder ob es hierzu eines Hoheitsaktes bedarf;

c) der Bezirksverband wie auch die Landes- und Bundesverbände neben dem Vorstand ein weiteres Organ haben müßten, in dem jede Mitgliedskasse angemessen vertreten ist;

d) die Beschlußfassung über die Satzung diesem Organ und nicht — wie vorgesehen — dem Vorstand zufallen müßte;

e) bestimmt werden müßte, wer die vorläufige Satzung aufzustellen hat oder in welcher Weise das Organ zu bilden ist, das dann die Satzung zu beschließen hätte.

93. § 368 Abs. 1 Nr. 5

erhält folgende Fassung:

„5. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge.“

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

94. § 371 Abs. 1 Satz 2

Nach dem Wort „Kassen“ sind die Worte „, mit Ausnahme der in § 372 Abs. 2 genannten,“ einzufügen.

Begründung

Redaktionelle Ergänzung.

95. § 374 Abs. 2 Nr. 6

erhält folgende Fassung:

„6. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge.“

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

96. § 376

Folgende Nr. 9 ist anzufügen:

„9. Errichtung und Betrieb von Kur- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen.“

Begründung

Klarstellende Ergänzung hinsichtlich der Aufgaben, die bisher von den Landesversicherungsanstalten als Gemeinschaftsaufgabe durchgeführt wurden.

97. In § 381 Abs. 3 Satz 2

ist vor dem Wort „ärztliche“ das Wort „auch“ einzufügen.

Begründung

Notwendige Ergänzung.

98. Zu §§ 384 bis 389

Mit Rücksicht auf die weittragende Bedeutung der Frage der Zulassung für die Ausgaben der Krankenkassen, die Versorgung von Krankenhäusern und anderen öffentlichen Diensten mit Ärzten, die freie Berufsausübung der Ärzte, die Einkommenssituation der Ärzte und die daraus folgenden Möglichkeiten zur ausreichenden Ausstattung der Praxis, die zweckmäßige Streuung der Kassenarztsitze und vor allem für die ausreichende Versorgung der Versicherten kann eine allgemein gültige Stellungnahme z. Z. noch nicht abgegeben werden. Eine Prüfung im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist unerlässlich.

Außerdem ist bekannt, daß die Spitzenverbände der Ärzteschaft und der Krankenkassen konstruktive Alternativvorschläge zum Zulassungswesen vorbereiten. Zum zweiten Durchgang des Gesetzes werden diese Vorschläge vorliegen. Bis dahin behält sich der Bundesrat seine endgültige Entscheidung vor.

99. § 391

Durch die in der Regierungsvorlage vorgesehene Regelung wird das Recht der Kassen auf Abschluß von Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt. Bisher bestand die Möglichkeit, die Ausgaben für Ärzte der Finanzlage der einzelnen Krankenkasse anzupassen. Durch die vorgesehene Gebührenregelung werden die Gebühren für alle Kassen der gleichen Art im Bundesgebiet einheitlich festgesetzt, jedoch sind Unterschiede zwischen den Kassenarten möglich. Da die Gebührenordnung nicht bekannt ist, kann, obwohl in einer Selbstbeteiligung der Versicherten und in der Prüfung der ärztlichen Leistungsnachweise eine gewisse Beschränkung bestehen kann, nicht beurteilt werden, wie sich die Ausgaben für ärztliche Behandlung entwickeln werden. Eine Beschränkung auf einen vertretbaren Teil der Gesamtausgaben dürfte kaum möglich sein.

Da dem Bundesrat, den Trägern der Krankenversicherung und den Kassenärztlichen Vereinigungen noch nicht der Entwurf der Gebührenordnung vorliegt, muß sich der Bundesrat seine Stellungnahme bis zum zweiten Durchgang vorbehalten.

Der Bundesrat sieht keinen Anlaß, als einziges Vergütungssystem die Vergütung nach Einzelleistungen vorzuschreiben. Der erst 1955 verabschiedete § 368f RVO gibt den Trägern der Krankenversicherung und den Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht, sich über die Form der Vergütung zu verständigen. Hieran sollte festgehalten werden.

100. § 392 Abs. 2

Im Zuge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob für die Prüfungsausschüsse eine Konstruktion zweckmäßig ist, wie sie für die Zulassungsausschüsse vorgesehen ist.

101. § 394 Abs. 2 Nr. 4

erhält folgende Fassung:

„4. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge.“

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

102. § 398 Abs. 4

erhält eingangs folgende Fassung:

„(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen könne in ihre Satzungen Bestimmungen aufnehmen, nach denen...“

Begründung

Nach der Fassung des § 398 Abs. 2 und 4 bestehen Bedenken, ob nicht die beschlossenen Richtlinien von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen als verbindlich zu betrachten sind. Eine Verbindlichkeit der Richtlinien wäre aber unzulässig, weil dadurch die landesrechtlichen Vereinigungen und Verbände in verfassungsrechtlich unzulässiger Weise den Bundesausschüssen unterstellt würden. Diese Bedenken werden durch die vorgeschlagene Änderung ausgeräumt.

103. §§ 399 bis 412

Es wird um Prüfung gebeten, ob im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens in Artikel 1 Achter Abschnitt der Teil II — Beratungsärzte — nicht durch ein besonderes Gesetz ersetzt werden soll, in dem die Errichtung eines allgemein und unabhängigen sozialen beratungsärztlichen Dienstes angestrebt werden sollte. Zu prüfen wäre auch, ob und inwieweit andere Sozialleistungsträger öffentlicher Art mit einbezogen werden sollen.

Begründung

Nach bisherigem Recht muß ein Kranker wegen desselben Leidens sich von den ärztlichen Diensten aller Versicherungszweige untersuchen lassen, von denen er Leistungen begehrt. Hierbei wird oft derselbe Tatbestand von den Ärzten unterschiedlich

beurteilt, was zu einer Häufung und wesentlichen Erschwerung von sozialgerichtlichen Verfahren und außerdem dazu führt, daß der Kranke bei einem negativen Untersuchungsergebnis von einem anderen Versicherungsträger Leistungen zu erhalten sucht und hierdurch ein neues Untersuchungsverfahren veranlaßt. Eine Beseitigung dieser Schwierigkeiten ist nur dadurch zu erreichen, daß in einem Untersuchungsverfahren die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen für alle Versicherungszweige unabhängig und einheitlich geklärt werden. Dieses Ziel läßt sich durch eine Zusammenfassung aller ärztlichen Dienste der Versicherungsträger verwirklichen. Der Zusammenschluß kann, wie der Entwurf dies für die Beratungsärzte vorsieht, in Form einer Anstalt des öffentlichen Rechts erfolgen, die auch aus Gründen einer zweckmäßigen Vereinfachung den versorgungsärztlichen Dienst einschließen soll.

104. In § 400 Abs. 2 Satz 1

sind nach den Worten „des Bundesministers für Verkehr“ die Worte „sowie für den Bereich der Seekrankenkasse“ einzufügen.

Begründung

Die Errichtung eines eigenen beratungsärztlichen Dienstes für die Seekrankenkasse ist erforderlich, weil Seeleute häufig auf Auslandsreisen erkranken und es in diesen Fällen unzweckmäßig wäre, den beratungsärztlichen Dienst eines deutschen Bundeslandes heranzuziehen, zumal diesem die besonderen Verhältnisse im Ausland nicht oder nur selten vertraut sein dürften. Hinzu kommt, daß Seeleute im Ausland oft von Krankheiten befallen werden, die im Inland nicht oder nur selten vorkommen.

105. § 405

Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 sind zu streichen.

Begründung

Mit dieser Bestimmung wird in die Personalhoheit der Länder eingegriffen. Sie erscheint deshalb verfassungspolitisch unerwünscht.

106. § 408 Abs. 2

ist zu streichen.

Begründung

Die Entscheidung, ob der Beratungsarzt sich gutachtlich äußern soll, soll der Kasse überlassen bleiben.

107. § 410 Abs. 1 Satz 3

ist zu streichen.

Begründung

Die Vorschrift ist überflüssig (Artikel 84 Abs. 2 GG).

108. § 412 Abs. 1 Satz 1

erhält eingangs folgende Fassung:

„Die Landesregierung oder die von ihr bestimmte Behörde erläßt...“

Begründung

Siehe Begründung zur Empfehlung zu § 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2...

109. In § 413 Abs. 1 Satz 2

sind die Worte „von zwei Jahren“ durch die Worte „von einem Jahr“ zu ersetzen.

Begründung

Eine zweijährige Kündigungsfrist ist eine für Krankenhäuser nicht tragbare Bindung.

110. § 414 Abs. 4 Satz 1

a) Die Worte „und sie auf ihren Wunsch zur Untersuchung beizuziehen“ sind zu streichen.

Begründung

Zur Durchführung der den Beratungsärzten nach § 399 obliegenden Aufgaben erscheint es nicht geboten, sie zu den Untersuchungshandlungen der Krankenhausärzte beizuziehen.

b) Folgender Halbsatz ist anzufügen:

„; die ärztliche Schweigepflicht bleibt unberührt.“

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

111. § 415

a) Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob die vorgesehene Regelung durchführbar ist in Anbetracht der Tatsache, daß verschiedene Krankenkassen beteiligt sein können und entsprechend viele Schiedsstellen zu bilden wären.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Schiedsstelle wird von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten Stelle gebildet; diese beruft einen unparteiischen Vorsitzenden sowie auf Vorschlag der Verbände je einen Vertreter der Kassen und der Krankenhäuser. Für den Vorsitzenden und die beiden Beisitzer sind in ausreichendem Umfang Stellvertreter zu berufen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen Kasse und Krankenhaus zur Hälfte.“

Begründung

In der Referentenfassung des Gesetzentwurfs war die Stellung der Krankenhäuser gegenüber den Kassen zu schwach. Die Fassung des Regierungsentwurfs hätte zur Folge, daß die Schiedsstelle von Fall zu Fall immer wieder neu zusammengestellt werden müßte.

Es besteht aber Interesse an einer ständigen ausgewogenen Einrichtung, die auf Landesebene wirksam werden kann.

112. In § 416 Satz 2

sind die Worte „nach einem halben Jahr“ durch die Worte „sechs Monate nach der Festsetzung“ zu ersetzen.

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung.

113. In § 417

sind vor dem Wort „Polikliniken“ die Worte „Universitäts- und“ einzufügen.

Begründung

Anpassung an § 382 des Entwurfs.

114. § 421

Die Absätze 1 und 2 sind durch folgenden neuen Absatz 1 zu ersetzen:

„(1) Die Kassen können mit Angehörigen sonstiger Heilberufe und mit Lieferanten Verträge über die Verrichtung von Diensten und die Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln schließen. Sie können die Übernahme der Kosten oder die Gewährung von Zuschüssen für Dienste und Lieferungen ablehnen, wenn andere Angehörige von Heilberufen oder Lieferanten diese bewirkt haben. Die Kasse hat, wenn sie solche Verträge schließt, zu gewährleisten, daß eine Zahl von Angehörigen der Heilberufe und Lieferanten zugelassen wird, die eine ausreichende Versorgung der Versicherten und für diese eine freie Wahl sichert. Werden Dienste oder Lieferungen durch Angehörige von Heilberufen oder Lieferanten außerhalb des Kassenbezirks bewirkt, so kann die Kasse die Kostenübernahme oder die Gewährung von Zuschüssen davon abhängig machen, daß die Angehörigen der Heilberufe oder der Lieferant berechtigt sind, für eine Kasse die Dienste oder Leistungen zu bewirken.“

Begründung

Die Fassung des Entwurfs würde die Kassen verpflichten, mit allen Angehörigen der sonstigen Heilberufe und mit allen Lieferanten Verträge zu schließen. Selbst wenn die Fassung die Kassen berechtigen würde, nur mit einer von ihnen bestimmten Zahl entsprechender Personen solche Verträge zu schließen, könnten sich doch verfassungsrechtliche Einwände in bezug auf die ungehinderte Ausübung des Berufs ergeben, wie sie sich in bezug auf die Zulassung der Ärzte ergeben haben. Deshalb sollte nicht eine Verpflichtung der Kassen, sondern lediglich eine Berechtigung zum Vertragsabschluß festgelegt werden mit der ausdrücklichen Bestätigung, daß die Kasse dann die von anderen Personen oder Stellen bewirkten Leistungen nicht zu bezahlen und Zuschüsse dafür nicht zu gewähren braucht.

Schließlich muß sichergestellt werden, daß auch außerhalb des Kassenbezirks nicht jeder Angehörige der Heilberufe oder Lieferant ein Recht hat, Leistungen für Rechnungen der Kasse zu bewirken. Dies wird mit dem Vorschlag erreicht.

Das in Absatz 2 des Entwurfs vorgesehene Recht der Verbände, für ihre Mitgliedschaften auf Grund von Vollmachten die entsprechenden Verträge abzuschließen, ergibt sich bereits aus § 376 des Entwurfs. Jedem Angehörigen der Heilberufe oder jedem Lieferanten die Bewirkung von Leistungen ohne weiteres dadurch zu ermöglichen, daß er den von dem Verband abgeschlossenen Verträgen beiträgt, ist zu weitgehend, da es dann an jeder Qualifikationsprüfung fehlen würde. Eine solche Bestimmung wäre nur dann vertretbar, wenn die Mit-

gliedschaft zu den Berufsverbänden der Heilberufe und Lieferanten von einem Qualifikationsnachweis abhängig wäre.

115. § 422 Abs. 2

erhält folgende Fassung:

„(2) Aufsichtsbehörden für die landesunmittelbaren Kassen sind die von der Landesregierung bestimmten Behörden.“

Begründung

Vergleiche Begründung zur Empfehlung zu § 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2 . . .

16. § 423 Abs. 3

erhält folgende Fassung:

„(3) Die Aufsicht . . . führt die von der Regierung desjenigen Landes bestimmte Behörde, in dem diese Verbände oder Vereinigungen ihren Sitz haben; . . .“

Begründung

Vergleiche Begründung zur Empfehlung zu § 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2 . . .

117. § 424 Abs. 1

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob eine solche Weisung an die Länderbehörden zulässig und notwendig ist.

118. In § 426

sind die Worte „aus seiner Geschäfts- und Rechnungsführung“ zu streichen.

Begründung

Es soll sichergestellt werden, daß die Aufsichtsbehörde Ansprüche aller Art der Betriebskrankenkasse gegen den Arbeitgeber geltend machen kann. Außerdem obliegt die Geschäfts- und Rechnungsführung zweifellos nicht unmittelbar dem Arbeitgeber; denn nach § 246 des Entwurfs hat er lediglich für ordnungsmäßige Geschäfts- und Rechnungsführung zu sorgen.

119. § 427

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß die in der Reichsversicherungsordnung enthaltenen Ordnungsstrafen alter Art aus strafrechtspolitischen Gründen möglichst bald durch Bußgeldvorschriften ersetzt werden sollten. Die Beibehaltung der Ordnungsstrafatbestände widerspricht den gemeinsamen Bestrebungen von Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung, als Sanktionen in Zukunft nur noch echte Kriminalstrafen oder Bußgeldvorschriften vorzusehen.

120. § 428

a) In Satz 1 Nr. 1 wird die Paragraphenfolge wie folgt geändert:

„§ 296 Abs. 1 und 2, § 299 Satz 1, §§ 301, 351, 366“.

b) Als Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Das gilt auch für Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften, die in einer Rechtsverordnung nach

§ 300 enthalten sind, sofern die Rechtsverordnung auf diese Strafbestimmung verweist.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 3.

Begründung

Notwendige Klarstellung.

121. In § 429

sind die Worte „oder die Satzung“ zu streichen.

Begründung

Die den Versicherten abzuziehenden Beitragsteile sind nur im Gesetz bestimmt. Satzungsmäßige Änderungen dazu sind nicht möglich.

122. In § 433 Abs. 1

sind nach den Worten „seines Betriebes“ die Worte „durch schriftliche Erklärung“ einzufügen.

Begründung

Beweiserleichterung; Anpassung an § 772 Abs. 1 Satz 1 UVNG.

Artikel 2

123. § 1

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Änderung sonstiger Vorschriften der Reichsversicherungsordnung“

b) Der Einleitungssatz erhält folgende Fassung:

„Die sonstigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung werden wie folgt geändert und ergänzt:“

Begründung zu a) und b)

Redaktionelle Änderung mit Rücksicht darauf, daß bereits in Artikel 1 Vorschriften der Reichsversicherungsordnung geändert werden.

124. § 1 vor Nr. 1

Folgende Nr. 01 ist einzufügen:

„01. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4

Die Träger der Versicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.“

Begründung

Klarstellung der Rechtslage.

125. § 1 Nr. 8, § 2 Nr. 5

sowie § 3 Nr. 8, soweit er § 163 betrifft, sind zu streichen.

Begründung

Es besteht kein Anlaß zur Streichung des § 1437 RVO und des § 159 AVG sowie des § 163 AVAVG. § 1437 RVO und § 159 AVG sind erst durch die Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetze eingeführt worden.

126. § 1 nach Nr. 8

Für den Fall, daß das KVNG vor dem UVNG verabschiedet wird, ist die vom Bundesrat bei der Stellungnahme zum UVNG gewünschte Änderung des § 1504 RVO durch das vorliegende Gesetz vorzunehmen.

127. § 8 Nr. 2

§ 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957 (BGBl. I S. 649) ist entsprechend der Empfehlung zu § 198 des Entwurfs anzupassen.

128. § 9 Nr. 1 (§ 70 Nr. 4 SGG)

erhält folgende Fassung:

„1. § 70 Nr. 4 erhält folgende Fassung:

„4. der Zulassungsausschuß (§ 388 RVO).“

Begründung

Klarstellung, daß der Zulassungsausschuß fähig ist, an Sozialgerichtsverfahren beteiligt zu sein, nachdem die Berufungsausschüsse, denen diese Fähigkeit bisher in § 70 Nr. 4 zuerkannt war, fortgefallen.

129. § 9 Nr. 2 (§ 71 Abs. 4 SGG)

erhält folgende Fassung:

„2. In § 71 erhält Absatz 4 folgende Fassung:

„(4) Für den Zulassungsausschuß (§ 70 Nr. 4) handelt der Vorsitzende.“

Begründung

Folge der Änderung in Artikel 2 § 9 Nr. 1.

130. § 9 Nr. 3 (§ 81 Nr. 2 SGG)

Unter § 81 Nr. 2 ist „§ 394 Abs. 3“ in „§ 394 Abs. 4“ zu ändern.

Begründung

Redaktionelle Änderung.

131. Nach § 15

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte erwogen werden, nach § 15 einen neuen § 16 mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„§ 16

Änderung des Körperbehindertengesetzes

Im Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen vom 27. Februar 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 147), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Juli 1959 (Bundesgesetzbl. I S. 513), erhält § 8 folgende Fassung:

„§ 8

Sofern Leiden der in § 1 Abs. 1 und 2 genannten Personen Krankheiten im Sinne des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung darstellen, regeln sich die Krankenpflege und Krankenhauspflege für Versicherte und ihre Familienan-

gehörigen gemäß § 216 der Reichsversicherungsordnung nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und den jeweiligen Satzungen der Versicherungsträger. "

Begründung

§ 8 KBG stellt darauf ab, das sich „die Krankenpflege (ärztliche Behandlung sowie Gewährung von Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln) für Versicherte und ihre Familienangehörigen im Sinne des § 205 der Reichsversicherungsordnung“ nach den versicherungsrechtlichen Bestimmungen regelt. Aus dieser Formulierung haben Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hergeleitet, sie brauchten für die Krankenhauspflege nicht einzutreten, da diese nicht besonders genannt ist und nur eine Ersatzleistung für die Krankenpflege darstellt. Zwar wird die Krankenhauspflege nunmehr nach dem Entwurf Pflichtleistung für Versicherte und Familienmitglieder, sie ist aber sowohl im Rahmen der Krankenhilfebestimmungen (§ 183) als auch im Rahmen der Bestimmungen über die Familienhilfe (§ 217) neben der Krankenpflege besonders genannt. Somit würde bei dem jetzigen Wortlaut des § 8 KBG den Krankenkassen nur die Krankenpflege, nicht aber die Krankenhauspflege obliegen, sofern die Krankheit zugleich ein Leiden im Sinne des § 1 Abs. 1 und 2 KBG ist. Es darf wohl davon ausgegangen werden, daß der Entwurf des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes dies nicht will.

Artikel 6 § 4 des Entwurfs macht die notwendige neue Formulierung nicht entbehrlich.

Artikel 3

132. § 11

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob die vorgesehene Frist von 6 Jahren nicht abgekürzt werden sollte.

133. Zu III. Träger der Versicherung (§§ 13, 14)

Es wird für erforderlich gehalten, über die Auflösung der Träger der Gemeinschaftsaufgaben (Abt. Krankenversicherung bei den Landesversicherungsanstalten) im Gesetz Näheres zu bestimmen.

134. In § 15 (Zeile 7)

sind nach den Worten „dieses Gesetzes“ die Worte „im vorletzten Geschäftsjahr“ einzufügen.

Begründung

Die Ergänzung ist zur Feststellung des Berechnungszeitraums erforderlich.

135. § 17 Abs. 3

ist zu streichen.

Begründung

Für hier in Frage kommende Streitfälle sollte unmittelbar der Rechtsweg offengelassen werden.

136. Nach Artikel 3

Es wird um Prüfung im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gebeten, ob die nachstehenden Bestimmungen als Artikel 3a einzufügen sind:

„Artikel 3a

Besondere Überleitungsvorschriften für das bisher im Saarland geltende Recht

§ 1

(1) Bis zum Inkrafttreten des § 28 des Bundesversorgungsgesetzes im Saarland gilt die Verordnung über die Krankenversicherung für Kriegshinterbliebene im Saarland vom 29. Oktober 1946 in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. April 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 742) und des Gesetzes Nr. 676 vom 27. Juni 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1073) weiter.

(2) Der Erlaß über die Krankenversicherung der Studenten der Universität des Saarlandes und der Schüler anderer Lehranstalten vom 20. April 1950 (Amtsblatt des Saarlandes S. 343), zuletzt geändert durch Erlaß vom 5. Mai 1956 (Amtsblatt des Saarlandes S. 588), sowie das Gesetz Nr. 192 über die Krankenversicherung der Studenten der Universität des Saarlandes und der Schüler anderer Lehranstalten vom 30. Juni 1950 (Amtsblatt des Saarlandes S. 853), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 676 vom 27. Juni 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1073), gelten weiter.“

Begründung

Zu Absatz 1

Im Saarland gilt noch das RVG und daher auch die auf Grund des § 23 RVG getroffene Regelung über die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen. Durch Verordnung vom 29. Oktober 1946 und die dazu ergangenen Änderungen wurde sie lediglich der Rechtslage im Saarland angepaßt. Solange insoweit nicht das Kriegsoferversorgungsrecht im Saarland angeglichen ist — nach § 28 BVG wird den Kriegshinterbliebenen eine Krankenversorgung gewährt —, ist die Versicherung dieses Personenkreises in der gesetzlichen Krankenversicherung beizubehalten.

Zu Absatz 2

Nach dem auf Grund des § 363a Abs. 3 RVO ergangenen Erlaß vom 20. April 1950 sind die Studenten der Universität des Saarlandes und Schüler anderer Lehranstalten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beiträge werden nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten der Universität des Saarlandes und Schüler anderer Lehranstalten vom 30. Juni 1950 (Amtsbl. des Saarlandes S. 853) vom Saarland getragen; die Studenten haben lediglich eine Gebühr von 5 DM je Semester zu entrichten. Diese Regelung hat sich sehr bewährt. Die Vertretung der Studentenschaft hat sich auch für ihre Beibehaltung ausgesprochen.

„§ 2

(1) Die Vorschriften des Artikels 3 § 2 Abs. 1 gelten auch für Personen, die bei Inkrafttreten

dieses Gesetzes nach der Verordnung über die Durchführung der Krankenversicherung der Rentner im Saarland vom 29. Oktober 1946 (Amtsblatt des Saarlandes S. 241), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 676 vom 27. Juni 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1073), versicherungspflichtig sind.

(2) Die Vorschriften des Artikels 3 § 2 Abs. 2 gelten auch für Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 16 des Gesetzes Nr. 275 „Saarknappschaftsgesetz“ vom 11. Juli 1951 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1099) versicherungspflichtig sind.“

Begründung

Zu Absatz 1

Im Saarland gilt noch § 4 des Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 24. Juli 1941 (RGBl. I S. 443). Die hierzu ergangene Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (RGBl. I S. 689) wurde im Saarland durch die Verordnung vom 29. Oktober 1946 und die hierzu ergangenen Änderungen abgelöst. Die hier vorgesehene Vorschrift ist daher erforderlich.

Zu Absatz 2

Da im Saarland die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner z. Z. nicht auf Grund der in Artikel 3 § 2 Abs. 2 des Entwurfs genannten Vorschriften, sondern auf Grund des § 16 des Saarknappschaftsgesetzes durchgeführt wird, ist die hier vorgesehene Vorschrift erforderlich.

„§ 3

(1) § 277 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung gilt auch für die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes, aber nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung der Sozialversicherungsträger im Saarland vom ... (Bundesgesetzbl...) im Saarland errichteten Betriebs- oder Innungskrankenkassen, und zwar vom Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes an.

(2) § 311 der Reichsversicherungsordnung gilt für Personen, die den Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieses Gesetzes gestellt haben, vom Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes an.

(3) Die nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit § 1 versicherten Personen, die vor Beginn der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner einer Ersatzkasse angehörten oder in der Zeit vom 1. Juli 1947 bis zur Wiederezulassung der Ersatzkasse im Saarland zu dem Mitgliederkreis gehörten und in dem Bezirk wohnen, für den eine Ersatzkasse zugelassen ist, können binnen drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Mitgliedschaft bei dieser Ersatzkasse beantragen. Dies gilt für die nach § 166 Abs. 1 Nr. 6 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit § 1 versicherten Hinterbliebenen solcher Versicherten entsprechend. Die Mitgliedschaft bei der nach Satz 1 zuständigen Kasse beginnt mit dem Ersten des auf den Eingang des Antrages folgenden Monats; bis dahin bleibt sie bei dem bisher zuständigen Versicherungsträger bestehen.“

Begründung

Zu Absatz 1

Die gesetzliche Krankenversicherung wird z. Z. im Saarland — abgesehen von der Saarknappschaft und der Eisenbahn-Betriebskrankenkasse — ausschließlich von der Landesversicherungsanstalt für das Saarland, Abteilung Krankenversicherung, durchgeführt. Die Errichtung anderer Krankenkassen ist z. Z. nicht möglich. Es ist aber damit zu rechnen, daß auf Grund des in Vorbereitung befindlichen Gesetzes zur Neuordnung der Sozialversicherungsträger im Saarland in der Zeit vor Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes Betriebs- oder Innungskrankenkassen errichtet werden. Es ist sinnvoll, daß auch diese Kassen die Krankenversicherung der in Betracht kommenden Rentner durchführen, und zwar vom Tage des Inkrafttretens des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes an.

Zu Absatz 2

Im Saarland waren bisher auch die Antragsteller auf Rente ohne Beitragszahlung versichert. Mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes tritt insoweit eine Änderung ein. Es ist erforderlich, zu bestimmen, von welchem Tage an die Beitragspflicht in den Fällen beginnt, in denen der Antrag auf Rente vor dem Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes gestellt wurde.

Zu Absatz 3

Die Ersatzkassen konnten auf Grund der Verordnung Nr. 1 über die Umwandlung der Träger der Sozialversicherung vom 26. Juni 1947 (Amtsbl. des Saarlandes S. 232) seit dem 1. Juli 1947 im Saarland nicht mehr tätig sein. Es ist geboten, den Rentnern, die vor diesem Zeitpunkt einer Ersatzkasse angehörten oder in der Zwischenzeit dem Mitgliederkreis einer Ersatzkasse angehörten, die Möglichkeit zu geben, ihre Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse zu wahren.

„§ 4

Beim Tode von Personen, deren Zusatzsterbegeldversicherung auf Grund des § 2 Nr. 5 des Gesetzes Nr. 332 über weitere Änderungen in der Krankenversicherung der Rentner im Saarland vom 13. Juni 1952 (Amtsblatt des Saarlandes S. 694) weggefallen ist, wird von dem Träger der weggefallenen Zusatzsterbegeldversicherung ein Abgeltungsbetrag in Höhe von 2,5 vom Hundert des vor Inkrafttreten dieses Gesetzes in der Satzung festgesetzten Sterbegeldes der Krankenversicherung der Rentner für je zwölf zur Zusatzsterbegeldversicherung gezahlte Monatsbeiträge gezahlt. § 219 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gilt.“

Begründung

Im Saarland sind in der allgemeinen Krankenversicherung der Rentner auf Grund des § 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 13. Juni 1952 in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner mit dem Inkrafttreten des Saarknappschaftsgesetzes die Zusatzsterbegeldversicherungen weggefallen. Wäh-

rend in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner die Zusatzsterbegeldversicherungen ersatzlos weggefallen sind, wurde in der allgemeinen Krankenversicherung der Rentner durch § 3 des Gesetzes vom 13. Juni 1952 ein Abgeltungsbetrag in Höhe von 2,5 v. H. des jeweils in Betracht kommenden allgemeinen Sterbegeldes der Krankenversicherung der Rentner festgesetzt. Es ist erforderlich, diese Regelung beizubehalten.

„§ 5

Die §§ 1 bis 6 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur Durchführung des Artikels 2 §§ 1 bis 5 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Uberleitungsvorschriften) vom 26. Juli 1956 (Bundesanzeiger Nr. 145 vom 28. Juli 1956) sind, unbeachtet der Vorschrift des Artikels 6 Nr. 57, im Rahmen der §§ 2 bis 4 in Verbindung mit Artikel 1 sinngemäß noch anzuwenden.“

Begründung

Es ist erforderlich, daß die zu Artikel 2 Nr. 7 KVdR ergangenen Verwaltungsvorschriften sinngemäß noch anzuwenden sind.

„§ 6

Die nach diesem Gesetz geltenden Vorschriften für Personen, die eine Versicherten- oder Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, sind auch auf solche Personen anzuwenden, die eine Pension oder Rente aus der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung beantragt haben; an die Stelle der Träger der Rentenversicherung tritt der Träger der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung im Saarland.“

Begründung

Nach § 1 Buchstabe c der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner im Saarland vom 29. Oktober 1946 ist in der Krankenversicherung der Rentner auch versichert, wer nur eine Pension oder Rente aus der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung bezieht oder eine solche beantragt hat. Es handelt sich um einen verhältnismäßig kleinen Personenkreis, da in der Regel die Leistungen der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherungen treten. Die in Betracht kommenden Personen bedürfen des gesetzlichen Versicherungsschutzes zumindest in dem gleichen Maße wie die Bezieher einer Pension oder Rente aus der hüttenknappschaftlichen Pensionsversicherung, die gleichzeitig Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder Rentenversicherung der Angestellten beziehen.

Artikel 6

137. In § 1 Satz 1

sind die Worte „zweiten Kalendervierteljahres“ durch die Worte „dritten Kalendervierteljahres“ zu ersetzen.

Begründung

Mit Rücksicht auf die wesentliche Änderung zahlreicher Vorschriften und die daraus sich ergebenden Überleitungsschwierigkeiten erscheint die Verlängerung der für das Inkrafttreten vorgesehenen Frist wenigstens um ein Vierteljahr unbedingt erforderlich.

138. In § 2

sind zusätzlich folgende Vorschriften aufzunehmen:

- a) Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 29. Oktober 1946 (Amtsblatt des Saarlandes S. 241), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 676 vom 27. Juni 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1073),
- b) die §§ 11 bis 25, 72 bis 76 und 111 bis 112 des Gesetzes Nr. 275 „Saarknappschaftsgesetz“ vom 11. Juli 1951 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1099),
- c) § 17 Abs. 2 des Gesetzes Nr. 317 über Änderungen in der Sozialversicherung und des Mutterschutzgesetzes vom 2. Februar 1952 (Amtsblatt des Saarlandes S. 272),
- d) Erlaß über die Krankenversicherung der Krankenpflegepersonen und Hilfskräfte in der Gesundheitspflege während der Ausbildung vom 1. Oktober 1953 (Amtsblatt des Saarlandes S. 704),
- e) Gesetz Nr. 484 über die Erhöhung des Höchstgrundlohnes und sonstige Änderungen in der Sozialversicherung vom 12. Dezember 1955 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1759),
- f) Gesetz Nr. 633 über die Angleichung des Kassenarztrechts im Saarland an das im übrigen Bundesgebiet geltende Recht vom 18. Juni 1958 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1237),
- g) Gesetz Nr. 634 über die Angleichung des Rechts über Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Saarland an das im übrigen Bundesgebiet geltende Recht vom 18. Juni 1958 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1241),
- h) Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften im Saarland vom 30. Juni 1959 (Bundesgesetzbl. I S. 365).

Anlage 3

Stellungnahme der Bundesregierung zu den Änderungsvorschlägen des Bundesrates

Zu 1. (§ 165)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Vorschlag des Bundesrates läuft darauf hinaus, die gesetzliche Krankenversicherung in eine „Gesundheitsversicherung“ umzudeuten. Der Regierungsentwurf sieht nur Leistungen vor, die der Abwendung, der Früherkennung und der Behandlung von Krankheiten dienen. Darüber hinausgehende Leistungen hat auch der Bundesrat nicht vorgeschlagen. Sein Vorschlag würde daher der gesetzlichen Krankenversicherung eine Aufgabe stellen, die durch den sonstigen Inhalt des Gesetzentwurfs nicht gedeckt wird. Der Vorschlag des Bundesrates erscheint darüber hinaus bedenklich, weil der Begriff der Gesundheit versicherungsrechtlich kaum bestimmbar ist. Außerdem erforderte die Gesunderhaltung auch Maßnahmen, die, wenn sie Erfolg haben sollen, die Freiheit des einzelnen erheblich einschränken müßten; denn Erhaltung der Gesundheit wird weitgehend von der Lebensführung des einzelnen beeinflußt. Diese zu reglementieren kann nicht Aufgabe der Versicherung sein.

Zu 2. (§ 166 Abs. 1 Nr. 5 und 6)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Mit Rücksicht auf die Neuregelung der Rentenversicherungen erscheint die Einbeziehung der ehemals in der Krankenversicherung pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentenbezieher in die Versicherungspflicht weder notwendig noch zweckmäßig. Der Regierungsentwurf geht von dem Gedanken aus, daß der Versicherungsschutz des Rentners in der Form erhalten bleiben soll, wie er vor Antragstellung auf Rente, i. d. Regel also während des Arbeitslebens, bestanden hat. Da die Leistungen der Krankenversicherung für pflichtversicherte und freiwillig versicherte Rentenbewerber und Rentenbezieher nach Art und Umfang gleich sind und von den Trägern der Rentenversicherung für beide Gruppen von Versicherten gleich hohe Beiträge geleistet werden, besteht aus dieser Sicht kein Bedürfnis, alle Rentner unterschiedslos in die Versicherungspflicht einzubeziehen.

Zu 3. (§ 166 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 4. (§ 167 Nr. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Bundesregierung hält es nicht für gerechtfertigt, aus den vom Bundesrat angegebenen Gründen die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung der Beitragsbemessungsgrenze in den Rentenversicherungen anzupassen. Die Schutzbedürftigkeit, die den Versicherungszwang rechtfertigt, ist in beiden Versicherungszweigen unterschiedlich. Die Folgen der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters sind aus eigener Kraft weit schwieriger zu tragen als das Risiko der Krankheit. Es ist daher auch sinnvoll, die Voraussetzungen des Versicherungszwanges unterschiedlich festzusetzen. Im übrigen hat jeder Versicherte, der die Verdienstgrenze überschreitet, die Möglichkeit, die Versicherung freiwillig fortzusetzen. Diese Freiheit des eigenverantwortlichen Entschlusses sollte überall erhalten bleiben, wo es irgend vertretbar ist.

Zu 5. (§ 167 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Daß es sich in der Krankenversicherung um einen anderen Personenkreis als in den Rentenversicherungen handelt, ist bereits unter zu 4. dargelegt. Es besteht deshalb kein Grund, die Versicherungsfreiheit von Beschäftigungen unter Verwandten wie in der Rentenversicherung auf die Beschäftigung von Ehegatten untereinander zu beschränken. Die Versicherungsfreiheit der Beschäftigung von Verwandten ersten Grades soll zudem Schwierigkeiten beseitigen, die bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung eines solchen Beschäftigungsverhältnisses immer wieder auftauchen (vgl. die Frage der Meistersöhne). Die dem betroffenen Personenkreis zugewilligte Versicherungsberechtigung (§ 172 Abs. 1 Nr. 1) gewährleistet ausreichenden Schutz.

Zu 6. (§ 167 Nr. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Ein sachliches Bedürfnis, Personen in die Zwangsversicherung einzubeziehen, die, wenn überhaupt, nur vorübergehend der Krankenversicherung als Versicherungspflichtige angehören würden, kann nicht anerkannt werden. Daß demgegenüber in der Rentenversicherung ein anderer Sachverhalt maßgebend ist, ist bereits unter zu 4. dargelegt. Der klar umrissene Tatbestand dürfte kaum zu Rechtsstreitigkeiten führen.

Zu 7. (§ 167 Nr. 4)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Wie sich aus § 168 Abs. 1 und aus der Begründung zu § 167 Nr. 4 ergibt, hat § 167 Nr. 4 nur Personen im Auge, die als Selbständige nicht versicherungspflichtig sind. Der Begriff „Haupttätigkeit“ bezieht sich also nur auf selbständige Tätigkeiten, nicht jedoch auf abhängige Beschäftigungen. Die Befürchtungen des Bundesrates, die Unterscheidung zwischen Haupttätigkeit und Nebenbeschäftigung könne zu Auslegungsschwierigkeiten führen, vermag die Bundesregierung nicht zu teilen.

Zu 8. (§ 167 Nr. 5)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Nach der Rentenversicherungsreform hat die Altersrente Lohnersatzfunktion. Es besteht also für berufstätige Altersrentner kein allgemeines Bedürfnis, die den Lebensabend sichernden Rentenbezüge durch eine zweite Leistung mit Lohnersatzfunktion, wie es das Krankengeld ist, zu erhöhen. Wo der einzelne Altersrentner sich gegen Lohnausfall sichern will, stehen ihm andere Möglichkeiten zu Gebote.

Zu 9. (§ 167 neue Nr. 12)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 10. (§ 169 Nr. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 11. (§ 171 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 12. (§ 172 Abs. 1 — Einleitung)

Dem Vorschlag kann aus den in zu 4. angegebenen Gründen nicht zugestimmt werden.

Zu 13. (§ 172 Abs. 1 Nr. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Zwischen Empfängern von Versicherten- und Hinterbliebenenrenten einerseits und Empfängern von Waisenrenten andererseits, die nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 oder 6 bezeichneten Personen gehören, besteht ein bedeutsamer Unterschied. Versichertenrentner und Hinterbliebenenrentner können vor dem Rentenbezug der Versicherung entweder als Versicherungspflichtige oder als freiwillig Weiterversicherte oder als freiwillig Beigetretene angehören (§§ 166, 171, 172 und 173). Wer der Versicherung vor der Antragstellung auf Rente in keiner dieser Eigenschaften angehört hat, hat aus eigener Entschließung auf den Versicherungsschutz verzichtet oder konnte der Versicherung wegen Überschreitens der Einkommensgrenze nicht beitreten (§ 172) oder mußte aus der Versicherung kraft Gesetzes wegen Überschreitens der Einkommensgrenze ausscheiden (§ 171). Waisenrentner können von den

gegebenen Möglichkeiten keinen Gebrauch machen. Ihnen muß daher im Gegensatz zu den Versichertenrentnern und Hinterbliebenenrentnern ein eigenes Beitrittsrecht zugestanden werden.

Zu 14. (§ 172 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Es kann der Gemeinschaft der kraft gesetzlichen Zwanges Versicherten nicht zugemutet werden, unübersehbare Risiken zu übernehmen, die sich aus dem Beitrittsrecht solcher Personen ergeben, die nicht zum Kreis der Pflichtversicherten gehören. Das wäre der Fall, wenn Familienangehörige des Beitrittsberechtigten ohne ärztliche Untersuchung in die Versicherung aufgenommen werden müßten. Die Voraussetzung der Vorlage eines genügenden Gesundheitszeugnisses muß daher sowohl für den Beitragsberechtigten als auch für seine Familienangehörigen gegeben sein. Im übrigen erlaubt der der Selbstverwaltung hier eingeräumte Ermessensspielraum nicht, „das Risiko kinderreicher Familien abzuwälzen“. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß nach den bisher gemachten Erfahrungen die Selbstverwaltung dafür Gewähr bietet, daß Bestimmungen, wie die in Rede stehenden, nicht zu unbilligen Härten führen.

Zu 15. (§ 173 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die seit jeher für die freiwillige Weiterversicherung geltende Frist von 3 Wochen ist bisher nicht als zu kurz empfunden worden. Der Auffassung des Bundesrates, daß sie häufig versäumt worden sei, kann nicht gefolgt werden. Wo im Einzelfall die Frist ohne Verschulden versäumt wird, trägt der Entwurf dem Anliegen des Bundesrates insofern Rechnung, als entgegen dem bisher geltenden Recht das Versäumnis unschädlich ist. Im übrigen soll vermieden werden, für gleiche Tatbestände unterschiedliche Fristen zu setzen (vgl. § 171 Abs. 2).

Zu 16. (§ 174 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Eine Verkürzung der Frist von 10 auf 5 Jahre würde die Vorschrift nahezu wirkungslos machen, weil es selten ist, daß das jährliche Gesamteinkommen innerhalb von 5 Jahren seit Beginn der Versicherung von einem Betrag unter 7920 DM auf mehr als 15 000 DM steigt.

Zu 17. (§ 176 Nr. 1 — Vorsorgehilfe)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 18. (§ 176 Nr. 3 — §§ 207 bis 215)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 19. (§ 178 Abs. 1)

Den Vorschlägen wird nicht zugestimmt.

Begründung

An sich wäre es wünschenswert, die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen schon von der Vollendung des 30. Lebensjahres an und alle 2 Jahre zu gewähren, jedoch lassen sich die finanziellen und praktischen Auswirkungen, die diese Leistung mit sich bringen würde, noch nicht hinreichend übersehen. Allein durch den Änderungsvorschlag zu 19. b) würden sich die Aufwendungen für die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen jährlich um schätzungsweise 50 Millionen DM gegenüber den im Entwurf geschätzten erhöhen. Vor allem aber kann noch nicht hinreichend übersehen werden, ob die Zahl der Ärzte, einschließlich der neu für die Zulassung in Betracht kommenden, ausreichen wird, um die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nach den Vorschlägen des Bundesrates durchführen zu können.

Zu 20. (§ 180)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 21. (§ 181 Abs. 1 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Satzung ist ermächtigt, zur Abwendung von Krankheiten Einzelmaßnahmen als Mehrleistungen vorzusehen. Das Verbot in § 181 Abs. 1 Satz 2 muß daher aus rechtssystematischen Gründen für die Satzung gelten, da diese sonst Maßnahmen vorsehen könnte, deren Durchführung der Kasse verboten wäre.

Zu 22. (§ 184 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Nach geltendem Recht sind Brillen, Bruchbänder und kleinere Heilmittel Regelleistungen, größere Heilmittel dagegen Mehrleistungen. Der Gesetzentwurf beseitigt die Unterscheidung zwischen kleineren und größeren Heilmitteln und weist der Selbstverwaltung die Aufgabe zu, über die Gewährung von Heilmitteln und Brillen durch die Satzung zu bestimmen (§ 190 Abs. 1). Die Selbstverwaltung ist in der Lage, die Gewährung dieser Leistungen elastischer und für den einzelnen Fall sinnvoller zu regeln als dies im Gesetz möglich wäre. Daher wird es für zweckmäßiger gehalten, diese Aufgabe der Selbstverwaltung zu übertragen, von der erwartet werden kann, daß sie in dem erforderlichen Maße von ihrem Leistungsgestaltungsrecht Gebrauch macht. Eine Schlechterstellung ist daher nicht zu befürchten.

Zu 23. (§ 185 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

In § 185 Abs. 3 des Gesetzentwurfs wird ein anderer Fall geregelt als in § 185 Abs. 2 des Gesetzentwurfs. Während es sich im Falle des Absatzes 2 um die Inanspruchnahme von Ärzten handelt, die nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, regelt Absatz 3 den Fall, daß der Versicherte nicht den nächsterreichbaren Kassenarzt in Anspruch nimmt.

Absatz 3 entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 368d Abs. 2 RVO). Es ist nicht zu erwarten, daß die Auslegung des Begriffs „ohne triftigen Grund“ größere Auslegungsschwierigkeiten bereiten wird als die des Begriffs „ohne zwingenden Grund“ des geltenden Rechts.

Zu 24. a) und b) (§§ 186, 188, 194 und 421)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 24. c) (§ 186 Abs. 2 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 25. (§ 190)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Begründung zu 22.

Zu 26. (§ 191)

Den Vorschlägen wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Änderungsvorschlag würde eine Verschlechterung gegenüber dem Gesetzentwurf der Bundesregierung bedeuten. Die Bundesregierung hält an der Ansicht fest, daß denjenigen, die alles getan haben, um ihr Gebiß gesund zu erhalten, der notwendige Zahnersatz als Sachleistung gewährt werden sollte.

Zu 27. (§ 192 Abs. 2 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Nimmt der Versicherte ein Krankenhaus in Anspruch, das mit den Kassen keinen Vertrag abgeschlossen hat, so tritt er gegenüber dem Krankenhaus als Vertragspartner auf. Er ist dem Krankenhaus gegenüber zur Zahlung des Pflegesatzes verpflichtet. Die Kasse kann daher nur ihm, nicht aber dem Krankenhaus, die entstandenen Kosten erstatten.

Zu 28. (§ 193 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Gewährung des Zuschusses im Falle des § 193 Abs. 1 des Gesetzentwurfs ist davon abhängig, daß die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht zur Erken-

nung oder Behandlung der Krankheit notwendig „ist“, sondern aus besonderen Gründen erforderlich „erscheint“. Es muß im Einzelfall in das pflichtgemäße Ermessen der Kasse gestellt werden, zu beurteilen, ob ein Sachverhalt gegeben ist, der Krankenhauspflege erforderlich erscheinen läßt, und ob ein Zuschuß gewährt werden soll.

Zu 29. (§ 193 Abs. 5)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Begründung zu 27. gilt entsprechend.

Zu 30. (§ 195 Abs. 1 Satz 2)

Dem Änderungsvorschlag wird mit der Maßgabe zugestimmt, daß die Worte „oder Religionsgesellschaften“ entfallen.

Begründung

Religionsgesellschaften sind nicht Träger von Organisationen für Hauspflege.

Zu 31. (§ 195 Abs. 2 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die vorgeschlagene Änderung würde bedeuten, daß auch für Verwandte, die die Hauspflege übernehmen, die entstehenden Kosten erstattet werden. Es kann aber nicht Aufgabe der Krankenversicherung sein, für Verwandten- oder Nachbarschaftshilfe, die aus ethischen Beweggründen geleistet wird, ein Entgelt zu gewähren.

Zu 32. (§ 197 Satz 5)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Karenztage haben den Zweck, die Versicherten-gemeinschaft vor der Inanspruchnahme bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit zu schützen. Es kann davon ausgegangen werden, daß jeder Versicherte in der Lage ist, für einen Lohnausfall von 2 Tagen selbst vorzusorgen.

Zu 33. (§ 198)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 34. (§ 198 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Nach dem geltenden Recht ist es möglich, daß Lohnzahlungszeiträume und Krankengeldzahlungszeiträume sich überschneiden. Das hat zu unerwünschten Ergebnissen geführt. Daher soll künftig das Krankengeld, das Lohnersatzfunktion hat, grundsätzlich an den im Betrieb üblichen Lohn- oder Gehaltszahlungstagen gezahlt werden.

Zu 35. (§ 200 Abs. 1)

- a) Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.
- b) Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Begründung zu 8.

Zu 36. (§ 202 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Es handelt sich um eine Ordnungsvorschrift, die bezweckt, daß die Leistungsvoraussetzungen für das Krankengeld möglichst bald überprüft werden. Voraussetzung für die Gewährung des Krankengeldes ist Arbeitsunfähigkeit. Ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt, kann die Kasse in der Regel erst entscheiden, wenn ihr ein medizinisches Gutachten vorliegt. Es ist zweckmäßig, die Kasse in die Lage zu versetzen, ihre Verwaltungsentscheidung möglichst frühzeitig auf das medizinische Gutachten eines unbeteiligten Arztes zu gründen.

Zu 37. (§ 205 Abs. 1 Nr. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Es sind Fälle der schuldhaften Übertretung der Krankenordnung denkbar, in denen es zweckmäßiger ist, das Krankengeld ganz oder teilweise oder auf Zeit zu versagen, als eine Ordnungsstrafe nach § 427 festzusetzen.

Zu 38. (§ 205 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Fassung bringt keine Klarstellung. Die Voraussetzungen für die Versagung des Krankengeldes sind in § 205 Abs. 2 erschöpfend geregelt. Ergeht ein Strafurteil, so ist nach Satz 1 die Versagung nur möglich, wenn dieses Urteil eine strafbare Handlung nach § 205 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c feststellt. Ergeht Freispruch, so ist die Versagung ausgeschlossen. Ergeht jedoch kein Strafurteil, so ist nach Absatz 2 letzter Halbsatz die Versagung trotzdem möglich, wenn das Strafverfahren aus anderen Gründen als wegen Mangels an Beweisen nicht eingeleitet oder durchgeführt wird. Wegen des Ausnahmeharakters der Vorschrift ist es nicht nötig, die Fälle, in denen keine Versagung zulässig ist (z. B. der Fall des Freispruchs) besonders aufzuführen.

Zu 39. (§ 206 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Für Ermessensleistungen wird in diesem Gesetzentwurf — wie auch vom geltenden Recht — die Fassung „kann die Kasse gewähren“ verwendet.

Eine Unterscheidung zwischen „Kann-Leistungen“ und „Soll-Leistungen“ würde eine unerwünschte und im Einzelfall unzweckmäßige Differenzierung der Ermessensleistungen bedeuten.

Zu 40. (§ 216 Abs. 1 Satz 2 und 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 41. (§ 217 Abs. 3 Satz 2 und 4)

Vergleiche die Stellungnahme zu 30. und zu 31.

Zu 42. (§ 219 Abs. 1 letzter Satz)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 43. (§ 226 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Ermächtigung der Kasse, für freiwillig Versicherte Krankengeld zu zahlen, soll nur in den Fällen wirksam werden, in denen während der Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen oder sonstiges Erwerbseinkommen ausfällt. Mit der vom Bundesrat vorgeschlagenen Fassung würde dieser Zweck nicht erreicht. Freiwillig Versicherte, die beim Beitritt zur freiwilligen Versicherung erklärt haben, daß sich die Versicherung auch auf Krankengeld erstrecken soll, können diese Erklärung zurücknehmen, wenn sie aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden oder die selbständige Erwerbstätigkeit aufgeben. Sie haben somit die Möglichkeit, sich selbst davor zu schützen, daß sie höhere Beiträge zahlen, ohne daß ihnen bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gewährt wird. Da die allgemeinen Vorschriften über das Krankengeld auch für freiwillig Versicherte gelten, ist auch § 201 Abs. 1 Satz 1 entsprechend anzuwenden; eine Vorschrift für freiwillig Versicherte, die bestimmt, daß Krankengeld so lange ruht, wie das Einkommen aus dem Arbeitsverhältnis oder der selbständigen Erwerbstätigkeit weiterläuft, ist überflüssig.

Zu 44. (§ 227 Abs. 1 Nr. 4)

Dem Änderungsvorschlag wird zugestimmt.

Zu 45. (§ 227 Abs. 1 Nr. 5)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 46. (§§ 228 bis 230)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 47. (§ 228 Abs. 4)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 48.

(§ 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2, §§ 237, 238 Abs. 2, § 239 Abs. 2, § 240 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 257 Abs. 1, § 367 Abs. 3, § 369 Abs. 2, § 371 Abs. 2, § 393 Abs. 1,

§ 418 Abs. 1, § 423 Abs. 2, § 424 Abs. 1, ferner Artikel 2 § 5 Nr. 10, Artikel 3 § 13 Abs. 1, § 17 Abs. 3 und § 20 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Auffassung des Bundesrates, es bestünden verfassungspolitische Bedenken dagegen, in Bundesgesetzen die Zuständigkeit von bestimmten Landesbehörden festzulegen, wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Im übrigen sind auch in anderen mit Zustimmung des Bundesrates ergangenen Gesetzen, insbesondere in den Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetzen, die zuständigen Landesbehörden in gleicher Weise wie in dem vorliegenden Gesetzentwurf bestimmt worden (z. B. Artikel 1 § 1229 Abs. 2, § 1414 Abs. 1 und Artikel 3 § 4 ArVNG). Es wäre mißlich, ohne zwingende Gründe im Zweiten Buch anders als im Vierten Buch desselben Gesetzes zu verfahren (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung zu den Änderungsvorschlägen des Bundesrates zum Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz — UVNG — BT-Drucksache 758 S. 97 zu 53).

Zu 49. (§ 236)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Wie das geltende Recht sieht auch der Entwurf die Errichtung von Ortskrankenkassen durch Beschluß der Gemeinde, des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise vor. Diese Regelung ist nicht allein historisch bedingt, sondern wegen des engen Sachzusammenhangs mit den in §§ 329 und 330 des Entwurfs den Gemeinden und Landkreisen zugewiesenen Aufgaben auch unerläßlich.

Im übrigen braucht die Anhörung des Landesverbandes an dieser Stelle nicht besonders bestimmt zu werden, weil sie bereits bei § 380 des Entwurfs vorgesehen ist.

Zu 50. (§ 249)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 49.

Zu 51. (§ 241 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Mindestzahlen der Mitglieder von neu zu errichtenden Betriebs- und Innungskrankenkassen wurden bei der Beratung des Selbstverwaltungsgesetzes geprüft und von 150 auf 450 erhöht. Zu einer weiteren Erhöhung besteht kein Bedürfnis, da sich die Verhältnisse seither nicht geändert haben und die Erfahrung gezeigt hat, daß Versicherungsträger mit dieser Mindestmitgliederzahl leistungsfähig sind.

Zu 52. (§ 241 Abs. 6)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 53. (§ 244 Abs. 2 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 51.

Zu 54. (§§ 245, 250 und 253)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 55. (§ 246 Nr. 4)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 51.

Zu 56. a) (§ 247 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 56. b) (§ 247 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 51.

Zu 57. (§ 252 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 58. (§ 257)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 49. und zu 50.

Zu 59. (§ 259 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Fassung des Entwurfs entspricht einem Bedürfnis der Verwaltung und berücksichtigt die Bedeutung der Gesellenausschüsse für das Eigenleben der Innungen. Anders als bei den Gesellen ist die Bindung der sonstigen Arbeitnehmer an den handwerklichen Betrieb nicht so eng, daß sie an der Willensbildung über die Errichtung von Innungskrankenkassen beteiligt werden müßten.

Zu 60. (§ 259 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt; der Begründung des Bundesrates kann jedoch nicht gefolgt werden.

Zu 61. (§ 265 Abs. 1 und 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 62. (§ 266 letzter Satz)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 63. (§ 268 Abs. 2 letzter Halbsatz)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 64. (§ 276 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 65. (§ 277 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 66. (§ 277 Abs. 4 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 67. (§ 277 Abs. 5)

Den Vorschlägen wird zugestimmt.

Zu 68. (§ 288 Abs. 1 Nr. 2 und 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 2.

Zu 69. (§ 289 Abs. 2 Nr. 7)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 70. (§ 289 Abs. 2 Nr. 9)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Bestimmung darüber, wer den Haushaltsplan festzusetzen hat, kann nicht durch die Satzung, sondern muß im Gesetz selbst getroffen werden. Das ist in § 295 Abs. 1 Nr. 1 geschehen.

Zu 71. (§ 295 Abs. 1 Nr. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 72. (§ 295 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 73. (§ 304 Abs. 1 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 74. (§ 304 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 4.

Zu 75. (§ 305 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Ergänzung ist entbehrlich, da mit der Fassung der Regierungsvorlage der beabsichtigte Zweck ohnehin erreicht wird.

Zu 76. (§ 308 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Es besteht kein Anlaß, daran zu zweifeln, daß die Selbstverwaltung auch künftig von dieser Vorschrift sinnvoll Gebrauch machen wird.

Zu 77. (§ 312 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 4.

Zu 78. (§ 314 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 79. (§ 315 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Im Hinblick darauf, daß die Krankenkassen auch die Beiträge zu den Rentenversicherungen und zur Arbeitslosenversicherung einziehen, kann auf Übereinstimmung der entsprechenden Vorschriften nicht verzichtet werden.

Zu 80. (§ 321)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 81. (§ 325 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 82. (§ 328)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 83. (§ 329 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 22. und zu 25.

Zu 84 a) (§ 329 Abs. 2 und § 330)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 84 b) (§ 329 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 85. (§ 331 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 86. (§ 332)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Fassung des Regierungsentwurfs entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Sie hat gegenüber der Fassung des Bundesrates den Vorzug, daß sie elastischer ist, indem sie keinen Zeitraum bestimmt und zuläßt, daß Verhältnisse berücksichtigt werden, die sich nach dem Voranschlag für einen in naher Zukunft liegenden Zeitraum ergeben können. Dagegen beschränkt sich der Vorschlag des Bundesrates auf die Verhältnisse des abgelaufenen Geschäftsjahres und macht die Beitragssenkung zwingend, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob die Entwicklung der Verhältnisse in der Zukunft eine solche Beitragssenkung rechtfertigt.

Zu 87. (§ 334)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 88. (§ 345 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 89. (§ 351 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 90. (§ 352)

Den Vorschlägen wird zugestimmt mit der Maßgabe, daß entsprechend der Streichung des Absatzes 1 im neuen Absatz 3 die Worte „die Vorlage der Entgeltbelege und“ gestrichen werden.

Zu 91. (§ 364 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 92. (§§ 367 bis 370)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 93. (§ 368 Abs. 1 Nr. 5)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 94. (§ 371 Abs. 1 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 95. (§ 374 Abs. 2 Nr. 6)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 96. (§ 376)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 97. (§ 381 Abs. 3 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 98. (§§ 384 bis 389)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 99. (§ 391)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 100. (§ 392 Abs. 2)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 101. (§ 394 Abs. 2 Nr. 4)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 102. (§ 398 Abs. 4)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Regelung des Entwurfs entspricht dem durch das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) eingeführten Rechtszustand (§ 368p Abs. 3 RVO). Der Vorschlag des Bundesrates würde nicht nur zu einer unterschiedlichen Behandlung der Versicherten, sondern möglicherweise auch zu dem unerwünschten Ergebnis führen, daß z. B. zwar ein Landesverband der Kassen seinen Mitgliederkassen die Beachtung der Richtlinien vorschreibt, nicht aber auch die Kassenärztliche Vereinigung desselben Bezirks den Kassenärzten.

Zu 103. (§§ 399 bis 412)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 104. (§ 400 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 105. (§ 405 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Beratungsärzte üben bei Erfüllung ihrer Aufgaben auch hoheitsrechtliche Befugnisse aus. § 405 des Entwurfs stützt sich daher auf den in Artikel 33 Abs. 4 GG enthaltenen Grundsatz. In die Personalhoheit der Länder wird nicht eingegriffen, zumal für diese Beamtenverhältnisse ausdrücklich auf die landesrechtlichen Vorschriften verwiesen wird.

Zu 106. (§ 408 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Einschaltung des Beratungsarztes soll eine einheitliche Praxis der Kassen bei Genehmigung von Kuren und eine Auswahl der für solche Kuren vorgesehenen Versicherten nach medizinischen Gesichtspunkten ermöglichen.

Zu 107. (§ 410 Abs. 1 Satz 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 108. (§ 412 Abs. 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 48.

Zu 109. (§ 413 Abs. 1 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 110. (§ 414 Abs. 4 Satz 1)

Den Vorschlägen wird nicht zugestimmt.

Begründung zu a)

Es entspricht der bei ambulanter Behandlung des Versicherten dem Beratungsarzt eingeräumten Befugnis nach § 407 Abs. 2 des Entwurfs, eine entsprechende Regelung für den Fall zu treffen, wenn dem Versicherten Krankenhauspflege gewährt wird. Der Beratungsarzt wäre sonst nicht in der Lage, insbesondere die ihm nach § 407 Abs. 3 zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

Begründung zu b)

Die Einfügung dieses Halbsatzes könnte zu dem Schluß führen, daß die ärztliche Schweigepflicht berührt wird, soweit im übrigen eine Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte im Rahmen des Zweiten Buches der RVO vorgesehen und dies nicht ausdrücklich gesagt ist.

Zu 111. (§ 415)

a) Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

b) Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Entwurf überläßt grundsätzlich den Vertragspartnern, sich durch Vertrag auch über die Bildung einer Schiedsstelle zu einigen. Der Entwurf sieht eine Bildung der Schiedsstelle durch die Landesregierung oder die von ihr beauftragte Stelle nur für den Ausnahmefall vor, daß der Vertrag hierüber nichts bestimmt. Der Vorschlag des Bundesrates würde diese elastische und den jeweiligen Bedürfnissen der Vertragspartner entgegenkommende Regelung beseitigen.

Zu 112. (§ 416 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 113. (§ 417)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 114. (§ 421)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Entwurf bestimmt — ähnlich wie das geltende Recht — lediglich, daß das Verhältnis zwischen Kassen und Angehörigen sonstiger Heilberufe und zu Lieferanten durch privatrechtliche Verträge frei zu regeln ist, sei es, daß die Kassen einerseits und diese Personen andererseits einzeln die Verträge miteinander schließen, sei es, daß, wie in Absatz 2 vorgesehen, auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Berufsverbände unter gewissen Voraussetzungen solche Vereinbarungen treffen. Mit

welchen Angehörigen dieser sonstigen Heilberufe und Lieferanten die Verträge zu schließen sind, ist den Kassen, dem Grundsatz der Vertragsfreiheit entsprechend, überlassen. Der Vorschlag des Bundesrates würde zu einer Einengung dieser Vertragsfreiheit für die Beteiligten führen.

Die Qualifikationsprüfung ist durch Absatz 2 möglich, da in den Verträgen entsprechende Bedingungen in der Praxis vereinbart werden.

Zu 115. (§ 422 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 48.

Zu 116. (§ 423 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche Stellungnahme zu 48.

Zu 117. (§ 424 Abs. 1)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 118. (§ 426)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 119. (§ 427)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 120. (§ 428)

Den Vorschlägen wird zugestimmt.

Zu 121. (§ 429)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 122. (§ 433 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 123. (Artikel 2 § 1)

Den Vorschlägen wird zugestimmt.

Zu 124. (Artikel 2 § 1 vor Nr. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 125. (Artikel 2 § 1 Nr. 8, § 2 Nr. 5 sowie § 3 Nr. 8, soweit er § 163 betrifft)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 126. (Artikel 2 § 1 nach Nr. 8)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 127. (Artikel 2 § 8 Nr. 2)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 128. (Artikel 2 § 9 Nr. 1 — § 70 Nr. 4 SGG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 129. (Artikel 2 § 9 Nr. 2 — § 71 Abs. 4 SGG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 130. (Artikel 2 § 9 Nr. 3 — § 81 Nr. 2 SGG)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 131. (Artikel 2 nach § 15)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 132. (Artikel 3 § 11)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 133. (Artikel 3 III. Träger der Versicherung § 13, § 14)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 134. (Artikel 3 § 15 Zeile 7)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 135. (Artikel 3 § 17 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 136. (Nach Artikel 3)

Eine Stellungnahme ist nicht veranlaßt.

Zu 137. (Artikel 6 § 1 Satz 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der gegenwärtige Stand des Gesetzgebungsverfahrens läßt noch nicht übersehen, ob dem Vorschlag des Bundesrates zugestimmt werden kann.

Zu 138. (Artikel 6 § 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.