

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – 3. SGB V-Änderungsgesetz – (3. SGB V-ÄndG)

A. Zielsetzung

Durch Artikel 34 § 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (GSG) gilt ab 1. Januar 1995 für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse in der Krankenversicherung der Rentner der Risikostrukturausgleich. Dieser enthält keine Verteilungsregelungen für die Krankenversicherungsbeiträge, die von der Rentenversicherung für die pflichtversicherten Rentner an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gezahlt werden. Denn der Gesetzgeber des GSG ging davon aus, daß die Rentenversicherung ab 1. Januar 1995 für die Rentner Beiträge nach dem jeweiligen individuellen Beitragssatz der Krankenkasse dieser Rentner an die einzelnen Krankenkassen zahlen würde. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß die Rentenversicherung aus verwaltungstechnischen Gründen hierzu erst ab 1. Juli 1997 in der Lage sein wird.

Es ist daher erforderlich, die Regelungslücke durch gesetzliche Neuregelungen zu schließen.

B. Lösung

Im Gesetzgebungsverfahren zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften (GKV-AnpG) – BT-Drucksache 12/6958 – sind auf Anregung des Bundesrates Regelungen erarbeitet worden, die während dieses Gesetzgebungsverfahrens zwischen dem Deutschen Bundestag und Bundesrat unstrittig waren. Das GKV-AnpG ist allerdings in der 12. Legislaturperiode nicht beschlossen worden. Weil das Inkrafttreten dieser Regelungen zum 1. Januar 1995 dringend erforderlich ist, enthält der vorliegende Gesetzentwurf dieselben Vorschriften.

Es bietet sich an, mit diesem Gesetzentwurf auch andere Regelungen vorzuschlagen, die im Rahmen des GKV-AnpG vom Deutschen Bundestag beschlossen worden sind und während des genannten Gesetzgebungsverfahrens zwischen dem Deutschen Bundestag und Bundesrat nicht streitig waren.

Es handelt sich hierbei um folgende Regelungen:

- Verschiebung der Einführung des Indikationenschlüssels (ICD 10) für Vertragsärzte auf 1. Januar 1996 (§ 295 Abs. 1 i. V. m. § 303 Abs. 3),
- Einheitliches Sozialversicherungsrecht in Berlin (§ 308 Abs. 3 Satz 3).
- Kein Krankengeld bei Rentenbezug (Klarstellung bedingt durch BSG-Rechtsprechung) (§ 50).
- Einführung einer Geschäftsordnung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 Abs. 3).
- Vorziehen des 10 %-Zuschlags für ambulantes Operieren von 1995 auf 1994 (§ 85 Abs. 3 a).
- Förderung des ambulanten Operierens im Krankenhaus durch kostenneutrale Personalaustauschmöglichkeit (§ 28 Abs. 4 Satz 2 BPflV).
- Ausnahmeregelung für KVdR-Mitgliedschaft der Bezieher von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 5 Abs. 1 Nr. 11).
- Ausnahmeregelung für KVdR-Mitgliedschaft, wenn freiwillige Versicherung im Westen nur wegen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze-Ost bestand (§ 309 Abs. 5).
- Krankenversicherung der Studenten (§§ 190, 200; Grundlage für Inkrafttreten einer neuen Meldeverordnung zum Wintersemester 95/96).

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Regelungen führen zu keiner finanziellen Mehrbelastung für die gesetzliche Krankenversicherung, die übrigen Sozialversicherungszweige sowie Bund, Länder und Gemeinden.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
031 (313) – 800 00 – So 4/95

Bonn, den 27. Januar 1995

An die Präsidentin
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – 3. SGB V-Änderungsgesetz – (3. SGB V-ÄndG) mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 6. Januar 1995 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Dr. Helmut Kohl

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – 3. SGB V-Änderungsgesetz – (3. SGB V-ÄndG)

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

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

2. § 50 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Wegfall“ durch das Wort „Ausschluß“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Für Versicherte, die

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

5. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes geltenden Bestimmungen gezahlt werden, beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht.“

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Wird eine der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mehr gezahlt, entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.“

3. In § 85 Abs. 3 a Satz 6 werden die Wörter „in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 10 vom Hundert“ durch die Wörter „im Jahr 1993 um 10 vom Hundert und im Jahr 1994 um weitere 20 vom Hundert“ ersetzt.

4. Dem § 141 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt sich mit mindestens drei Viertel der Stimmen ihrer Mitglieder eine Geschäftsordnung.“

5. § 190 Abs. 9 wird wie folgt gefaßt:

„(9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.“

6. § 200 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „versicherungspflichtige Studenten“ durch die Wörter „versicherte Studenten“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „Der Bundesminister“ durch die Wörter „Das Bundesministerium“ ersetzt.

7. § 201 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Wählen versicherungspflichtige Rentner oder Hinterbliebene eine andere Krankenkasse, hat die gewählte Krankenkasse dies der bisherigen Krankenkasse und jeweils bis zum 15. Oktober dem zuständigen Rentenversicherungsträger mitzuteilen; ist für die Ausübung des Wahlrechts eine Kündigung zum Ende des Kalenderjahres nach § 175 Abs. 4 nicht erforderlich, hat die Mitteilung an den zuständigen Rentenversicherungsträger unverzüglich zu erfolgen.“

8. § 247 wird wie folgt gefaßt:

„§ 247
Beitragsatz aus der Rente

(1) Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse. Der am 1. Januar geltende Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Wird für Versicherungspflichtige bei der Anwendung der Sätze 1 und 2 durch einen Wechsel der Krankenkasse oder aus vergleichbaren Gründen ein anderer Beitragssatz maßgeblich, gilt bis zum Ende des zweiten Kalendermonats nach Eingang der Meldung beim zuständigen Rentenversicherungsträger der bisher anzuwendende Beitragssatz.

(2) Die nach Absatz 1 maßgeblichen Beitragssätze und die Meldungen nach § 201 Abs. 2 sind den Trägern der Rentenversicherung auf Datenträgern oder anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu melden. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beitragssätze sind jeweils bis zum 15. Februar zu melden. Das Nähere über das Verfahren vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 1995 nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung das Nähere über das Verfahren.

(3) Vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1997 tritt an die Stelle des in Absatz 1 Satz 1 genannten Beitragssatzes der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar feststellt. Dieser Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.“

9. § 248 wird wie folgt gefaßt:

„§ 248
Beitragsatz aus Versorgungsbezügen
und Arbeitseinkommen

Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen die Hälfte des jeweils am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr.“

10. Dem § 255 werden folgende Absätze angefügt:

„(3) Die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 stehen den Krankenkassen der Bezieher dieser beitragspflichtigen Renten zu. Die Krankenkassen verrechnen die Beitragsforderungen nach Satz 1 mit ihren Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich (§ 266) und mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eingezoge-

nen Beiträgen. Die Rentenversicherungsträger haben den Krankenkassen die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen. Das Nähere über das Verfahren der Aufteilung der Beiträge vereinbaren die Spitzenverbände der betroffenen Krankenkassen und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt.

(4) Vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1997 teilt das Bundesversicherungsamt die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 auf die Krankenkassen der Bezieher dieser beitragspflichtigen Renten in einem Verhältnis auf, das dem Verhältnis der auf das Kalenderjahr bezogenen Produkte von allgemeinem Beitragssatz und den nach § 267 Abs. 6 gemeldeten Renten der Krankenkassen zueinander entspricht. Die Krankenkassen verrechnen die Beitragsforderungen nach Satz 1 mit ihren Verpflichtungen im Risikostrukturausgleich (§ 266) und mit den für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte eingezogenen Beiträgen. Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.“

11. § 301 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

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

„Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach dem vierstelligen Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln.“

b) Die Sätze 2 und 3 werden Sätze 3 und 4.

12. Dem § 303 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab 1. Januar 1996.“

13. § 308 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Vom 1. Januar 1995 an gelten die Vorschriften dieses Kapitels mit Ausnahme des § 309 Abs. 5, § 310 Abs. 3, § 311 Abs. 2 und 4, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 sowie des § 313 Abs. 6 im Land Berlin nicht; der in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Teil des Landes Berlin gilt im Rahmen des § 47 Abs. 5 und 6, § 312 Abs. 7a und 7b Satz 1 als zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 gehörig; für die Anwendung des § 61 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 4, § 62 Abs. 2 und 2a, § 226 Abs. 2, § 232 Abs. 1, §§ 234, 235 Abs. 3 sowie des § 240 Abs. 4 ist § 18 Abs. 1 des Vierten Buches maßgeblich.“

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

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

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

In § 18b Abs. 5 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . . , wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für Renten aus der Rentenversicherung gilt § 106 Abs. 2 des Sechsten Buches entsprechend.“

Artikel 3

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 68 Abs. 3 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Die verfügbare Standardrente ergibt sich, indem die Bruttostandardrente um den durchschnittlichen Beitragsanteil zur Krankenversicherung im Sinne des § 106 Abs. 2, den Beitragsanteil zur Pflegeversicherung und die ohne Berücksichtigung weiterer Einkünfte durchschnittlich auf sie entfallenden Steuern gemindert wird.“

2. § 106 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze 1 bis 5 ersetzt:

„Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen auf den Zahlbetrag der Rente ergibt. Maßgebend ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar eines Jahres einheitlich für das Bundesgebiet feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt vom 1. Juli des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Der monatliche Zuschuß wird auf die Hälfte der tatsächlichen Auf-

wendungen für die Krankenversicherung begrenzt.“

b) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden Sätze 6 und 7.

Artikel 4

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 57 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch . . . , wird die Angabe „§ 247“ durch die Angabe „§ 245“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für die Berechnung dieser Beiträge gilt die Hälfte des vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Beiträge aus der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Rente sind nach dem vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) bis zu der in § 223 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten. Der Beitragssatz nach Satz 1 gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

2. In § 45 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Angabe „§ 39 Abs. 3“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In § 28 Abs. 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bis zum 31. Dezember 1995 sind in Ergänzung von § 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe b der Bundespflegesatz-

verordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) die Kosten für erforderliche Personalstellen im Funktionsdienst des ambulanten Operierens nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 erhöhten Berechnungsgrundlage hinzuzurechnen, soweit sich die nach der Pflege-Personalregelung ergebende Zahl der Personalstellen für die stationäre Krankenpflege auf Grund ambulanter Operationen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringert."

Artikel 7

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Der durch Artikel 6 geänderte Teil der Bundespflegesatzverordnung kann auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

Artikel 8

Inkrafttreten

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

(2) Mit Wirkung vom 1. Januar 1991 tritt Artikel 1 Nr. 14 in Kraft.

(3) Mit Wirkung vom 1. Januar 1993 tritt Artikel 1 Nr. 3 in Kraft.

(4) Mit Wirkung vom 1. Januar 1995 treten Artikel 1 Nr. 8, 10, 11 und 13 sowie die Artikel 6 und 7 in Kraft.

(5) Am 1. Januar 1996 tritt Artikel 1 Nr. 7, 9 und 12 in Kraft.

(6) Am 1. Januar 1997 treten die Artikel 2, 3, 4 und 5 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ausgangssituation

Im Jahr 1995 werden von der Rentenversicherung an die Krankenversicherung für die pflichtversicherten Rentner Beiträge in Höhe von insgesamt annähernd 30 Mrd. DM gezahlt. Diese fließen zunächst an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die sie für die Krankenkassen in Empfang nimmt (§ 255 Abs. 1 SGB V). Bis Ende 1994 wurden diese Beiträge in den Belastungsausgleich der Krankenversicherung der Rentner weitergeleitet, mit dem sie auf die Krankenkassen verteilt wurden. Durch Artikel 34 § 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (GSG) gilt ab 1. Januar 1995 für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse in der Krankenversicherung der Rentner der Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V. Dieser enthält keine Verteilungsregelungen für die Beiträge nach § 255 SGB V, weil der Gesetzgeber des GSG davon ausging, daß die Rentenversicherung ab 1. Januar 1995 für die Rentner Beiträge nach dem jeweiligen individuellen Beitragssatz der Krankenkasse dieser Rentner an die einzelnen Krankenkassen zahlen würde. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß die Rentenversicherung aus verwaltungstechnischen Gründen hierzu erst ab 1. Juli 1997 in der Lage sein wird.

Es ist daher erforderlich, die Regelungslücke durch gesetzliche Neuregelungen zu schließen. Im Gesetzgebungsverfahren zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung krankenversicherungsrechtlicher Vorschriften (GKV-AnpG) – BT-Drucksache 12/6958 – sind auf Anregung des Bundesrates Regelungen erarbeitet worden, die während dieses Gesetzgebungsverfahrens zwischen dem Deutschen Bundestag und Bundesrat unstrittig waren. Das GKV-AnpG ist allerdings in der 12. Legislaturperiode nicht beschlossen worden. Weil das Inkrafttreten dieser Regelungen zum 1. Januar 1995 dringend erforderlich ist, enthält der vorliegende Gesetzentwurf dieselben Vorschriften.

Es bietet sich an, mit diesem Gesetzentwurf auch andere Regelungen vorzuschlagen, die im Rahmen des GKV-AnpG vom Deutschen Bundestag beschlossen worden sind und während des genannten Gesetzgebungsverfahrens zwischen dem Deutschen Bundestag und Bundesrat nicht strittig waren.

II. Wesentliche Regelungen

1. Krankenversicherungsbeiträge aus den Renten

Der Entwurf enthält Regelungen über den für die Renten geltenden Beitragssatz und den Schlüssel für die Aufteilung der Beiträge auf die Krankenkassen sowie Folgeregelungen im Vierten, Sech-

sten und Elften Buch Sozialgesetzbuch und im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte.

2. Sonstige Regelungen

Der Gesetzentwurf enthält ferner folgende Regelungen, die bislang zwischen dem Deutschen Bundestag und Bundesrat nicht strittig waren:

- Verschiebung der Einführung des Indikationenschlüssels (ICD 10) für Vertragsärzte auf 1. Januar 1996 (§ 295 Abs. 1 i. V. m. § 303 Abs. 3).
- Einheitliches Sozialversicherungsrecht in Berlin (§ 308).
- Kein Krankengeld bei Rentenbezug (§ 50; Klarstellung bedingt durch BSG-Rechtsprechung).
- Einführung einer Geschäftsordnung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 Abs. 3).
- Vorziehen des 10 %-Zuschlags für ambulantes Operieren von 1995 auf 1994 (§ 85 Abs. 3 a).
- Förderung des ambulanten Operierens im Krankenhaus durch kostenneutrale Personalaustauschmöglichkeit (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe b BpflV).
- Ausnahmeregelung für KVdR-Mitgliedschaft der Bezieher von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V).
- Ausnahmeregelung für KVdR-Mitgliedschaft, wenn freiwillige Versicherung im Westen nur wegen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze-Ost bestand (§ 309 Abs. 5 SGB V).
- Krankenversicherung der Studenten (§§ 190, 200; Grundlage für Inkrafttreten einer neuen Meldeverordnung zum Wintersemester 95/96).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 5 Abs. 1 Nr. 11)

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

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

Zu Nummer 2 (§ 50)

Nach der bis zum 31. Dezember 1988 gültigen Rechtslage wurde hinsichtlich des Krankengeldanspruchs bei Zubilligung von Erwerbsunfähigkeitsrente und Altersruhegeld danach unterschieden, ob die Rente vor oder nach dem Krankengeldanspruch begann (§ 183 Abs. 3 und 4 RVO). § 50 Abs. 1 SGB V i. d. F. des Gesundheits-Reformgesetzes übernahm nur die Regelung des § 183 Abs. 3 RVO, nicht jedoch den in § 183 Abs. 4 RVO für Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrente oder Vollrente wegen Alters vorgesehenen sechswöchigen Krankengeldanspruch. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben deshalb die Auffassung vertreten, daß in jedem Fall vom Beginn der in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen an kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.

Der Auslegung der Spitzenverbände der Krankenkassen ist das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 15. Dezember 1993 – 1 RK 25/93 – nicht gefolgt. Das Bundessozialgericht hält § 50 Abs. 1 SGB V nur in den Fällen für anwendbar, in denen der Bezug der in dieser Vorschrift genannten Leistungen erst nach Entstehung des Krankengeldanspruchs beginnt; ein erst nach Leistungsbeginn entstandener Krankengeldanspruch könne mangels Identität mit dem Leistungsbezug nicht entfallen.

Ein zeitlich deckungsgleicher Bezug von mehreren Lohnersatzleistungen ist sozialpolitisch nicht sinnvoll. Um den gleichzeitigen Bezug von Leistungen i. S. von § 50 Abs. 1 SGB V und Krankengeld zu vermeiden, ist die Änderung von Überschrift und Wortlaut der Vorschrift erforderlich. Danach wird jeglicher Krankengeldbezug neben den in § 50 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen ausgeschlossen.

Mit der Regelung in Absatz 1 Satz 4 wird klargestellt, daß bei Wegfall der Erwerbsunfähigkeitsrente oder des Altersruhegeldes ein neuer Krankengeldanspruch entsteht, wenn eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld besteht.

Zu Nummer 3 (§ 85)

Das Teilbudget für ambulante Operationen wird im Jahr 1994 zusätzlich zur Steigerung entsprechend der Entwicklung der Grundlohnsumme um 20 v. H. statt, wie bisher vorgesehen, um 10 v. H. erhöht; dafür entfällt die für 1995 vorgesehene zusätzliche Steigerung um 10 v. H. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß derzeit ein Nachholbedarf im Bereich der ambulanten Operationen besteht, der bis 1995 abzubauen ist.

Zu Nummer 4 (§ 141 Abs. 3)

Die Einführung einer Geschäftsordnung, die den Ablauf der Sitzungen und das Verfahren der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen regelt, soll die Funktion dieses Gremiums als wirksames Beratungsinstrument der Gesundheitspolitik sicherstellen. Die Geschäftsordnung soll dazu beitragen, daß die konzertierte Aktion ihrer in Absatz 1 umschriebenen Aufgabe, „medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten sowie Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen miteinander abzustimmen“, gerecht werden kann. Gerade die letzten Sitzungen der konzertierten Aktion haben gezeigt, daß diese Funktion ohne Verfahrensregeln nicht erfüllt werden kann und deshalb Vorschläge und Empfehlungen in den letzten Jahren kaum noch zustande kamen. Deshalb erscheint eine Rechtsgrundlage für eine entsprechende Geschäftsordnung, die einer Zustimmung von mindestens 75 v. H. der Mitglieder bedarf, unverzichtbar.

Zu Nummer 5 (§ 190 Abs. 9)

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

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

Zu Nummer 6 (§ 200)

Zu Buchstabe a

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

durch die Meldungen seitens der Hochschulen wissen, ob der für die günstigen Beitragseinstufungen notwendige Studentenstatus überhaupt noch vorliegt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 7 (§ 201 Abs. 2)

Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger rechtzeitig über einen Kassenwechsel von Rentenbeziehern zu informieren. Im übrigen wird der Wortlaut der Vorschrift redaktionell an die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes angepaßt.

Zu Nummer 8 (§ 247)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift ersetzt den bisher für den Beitrag aus Renten Versicherungspflichtiger geltenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz durch den Beitragssatz der einzelnen Krankenkassen und zieht damit die notwendigen Folgerungen aus der Ablösung des bisherigen Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner durch den Risikostrukturausgleich. Änderungen der anzuwendenden Beitragssätze werden nur zum Zeitpunkt der Renten Anpassung wirksam, damit der Rentenversicherung unzumutbarer Verwaltungsaufwand erspart bleibt. Dem gleichen Ziel dient Satz 3, der auch Fälle eines Kassenwechsels ohne Ausübung des Wahlrechts durch Kündigung zum Ende des Kalenderjahres nach § 175 Abs. 4 SGB V regelt. Diese sind insbesondere bei Kassenwechsel durch Änderung des Wohn- oder Beschäftigungsortes möglich. Mit der Formulierung „vergleichbare Gründe“ wird klargestellt, daß bei einem Wechsel im Rechtskreis Ost/West innerhalb von bundesunmittelbaren Krankenkassen entsprechend zu verfahren ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift geht von einem maschinellen Datenübertragungsverfahren aus und schafft eine Rechtsgrundlage für Regelungen von Einzelfragen durch die Verbände von Rentenversicherung und Krankenkassen oder ggf. durch die beteiligten Bundesministerien.

Zu Absatz 3

Die Übergangsregelung ist erforderlich, weil die Rentenversicherung die notwendigen verwaltungstechnischen Änderungen nicht vor Mitte 1997 vollziehen kann.

Die Neuregelung des § 247 trägt einem Anliegen des Bundesrates Rechnung.

Zu Nummer 9 (§ 248)

Die Vorschrift stellt sicher, daß auch für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Ar-

beitseinkommen der Beitragssatz jeder einzelnen Krankenkasse anzuwenden ist (vgl. Begründung zu § 247 Abs. 1). Die Regelung tritt zum 1. Januar 1996 in Kraft, da auch die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Wahlrechte erstmals von diesem Zeitpunkt an ausgeübt werden können. Den Zahlstellen für die Versorgungsbezüge wird damit ein ausreichender Zeitraum zur Vorbereitung der verwaltungstechnischen Umsetzung eingeräumt. Aus § 202 Satz 4 SGB V folgt die Verpflichtung der Krankenkassen, der Zahlstelle den anzuwendenden Beitragssatz mitzuteilen.

Zu Nummer 10 (§ 255)

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, daß die Aufteilung der von den Trägern der Rentenversicherung an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gezahlten Beiträge auf die Krankenkassen entsprechend dem allgemeinen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse erfolgt. Die Vorschrift schreibt keine Einzelheiten über die Form der Nachweise vor, die die Rentenversicherungsträger den Krankenkassen über die einbehaltenen Beiträge zu liefern haben. Es wird davon ausgegangen, daß die Beteiligten Näheres über das anzuwendende Verfahren vereinbaren.

Zu Absatz 4

Die Übergangsregelung berücksichtigt, daß eine Bemessung der Beiträge aus Renten nach dem Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse erst ab 1997 möglich ist, weil die hierfür erforderlichen Datengrundlagen bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern erst noch geschaffen werden müssen. Durch die Übergangsregelung erhalten die Krankenkassen im Ergebnis Beiträge etwa in der Höhe, wie sie sie bei Anwendung des individuellen Beitragssatzes erhalten. Für die Übergangszeit zahlen die Rentner – wie bisher – noch Beiträge aus ihrer Rente unter Anwendung eines durchschnittlichen Beitragssatzes.

Die Regelung trägt einem Anliegen des Bundesrates Rechnung.

Zu Nummer 11 (§ 301)

Die Festlegung auf einen fünfstelligen Schlüssel für die Angabe der Operationen soll aufgehoben werden, um eine flexible, dem Ziel der Kosten- und Leistungstransparenz entsprechende Ausgestaltung des Schlüssels zu ermöglichen. Insbesondere ist eine weitergehende Differenzierung bei der Angabe der durchgeführten Operationen notwendig bei der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Zu Nummer 12 (§ 303)

Durch die Verschiebung der gesetzlich vorgegebenen Frist für den Eintritt des Vergütungsausschlusses soll die Einführung der zur Zeit noch in Vorbereitung befindlichen 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ermöglicht werden.

Zu Nummer 13 (§ 308 Abs. 3)

Durch § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V wird die mit dem Einigungsvertrag festgesetzte Trennung der gesetzlichen Krankenkassen in Ost und West für das Land Berlin vom 1. Januar 1995 an aufgehoben. Es wird klargestellt, daß Berlin von diesem Zeitpunkt an ein einheitliches Vertragsgebiet wird und der Ostteil Berlins bei der Anwendung der genannten Bestimmungen zum Rechtskreis West gehört.

Die alte Regelung des § 308 Abs. 3 Satz 3 SGB V führt dazu, daß vom 1. Januar 1995 an für den Ostteil Berlins unterschiedliche Geringverdienergrenzen zugrunde zu legen sind, in der Krankenversicherung die des Rechtskreises West und in der Renten- und Arbeitslosenversicherung die des Rechtskreises Ost. Die Folge dieser unterschiedlichen Grenzen wäre eine Mehrbelastung der Arbeitgeber auch in beitragsrechtlicher Hinsicht. Denn die Arbeitgeber müßten aus einem im Ostteil Berlins ausgeübten Beschäftigungsverhältnis ggf. allein die Beiträge zur Krankenversicherung tragen, während die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte aufzubringen wären. Wenngleich dies nur für einen geringen Anteil der Beschäftigten gelten würde, sollte die Mehrbelastung der Arbeitgeber in verwaltungs- und beitragsmäßiger Hinsicht vermieden werden. Die Erweiterung des Ausnahmekatalogs des § 308 Abs. 3 Satz 3 erster Halbsatz SGB V um die Bestimmung des § 313 Abs. 6 SGB V stellt sicher, daß im Ostteil Berlins über den 31. Dezember 1994 hinaus in allen Sozialversicherungszweigen die bisherige Geringverdienergrenze einheitlich weitergilt.

Der einheitliche Rechtskreis für die Krankenversicherung im Lande Berlin erfordert einheitliche Berechnungen des Krankengeldes sowie der Beiträge und der Grenzen der Sozialklauseln. Deshalb werden die Sonderregelungen für die Berechnung des Krankengeldes im Beitrittsgebiet ebenso ausgeschlossen wie die Anwendung der – niedrigeren – Bezugsgröße-Ost, so daß die Bezugsgröße-West (§ 18 Abs. 1 SGB IV) gilt.

Zu Nummer 14 (§ 309 Abs. 5)

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

die Krankenversicherung der Rentner mit Versicherten gleichgestellt werden, die aufgrund ihrer Beschäftigung in den alten Ländern mit gleich hohem Arbeitsentgelt versicherungspflichtig sind.

Zu Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Änderung des § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1**

Folgeänderungen zur Änderung des § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Inhaltlich keine Änderung des bestehenden Rechts. Zur Ermittlung der verfügbaren Standardrente ist weiterhin die Berücksichtigung des halben durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen notwendig. Die Ergänzung im Hinblick auf den Beitragsanteil des Rentners zur Pflegeversicherung erfolgte bereits im Rahmen des Pflege-Versicherungsgesetzes.

Zu Nummer 2

Absatz 2 regelt die Höhe des Zuschusses für Rentenbezieher, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichert sind. Bisher entspricht die Höhe des monatlichen Zuschusses dem Betrag, den der Träger der Rentenversicherung als Krankenversicherungsbeitrag für pflichtversicherte Rentner zu tragen hat. Da ab 1. Juli 1997 der hierfür maßgebende durchschnittliche allgemeine Beitragssatz durch einen kassenindividuellen Beitragssatz ersetzt werden soll, bedarf es einer Neuregelung. Es wird deshalb bestimmt, daß für diesen Personenkreis weiterhin der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz gelten soll, wobei im wesentlichen der Wortlaut des bisherigen § 247 SGB V übernommen wird.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Neufassung des § 247 SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe a**

Die Neuregelung überträgt die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Dabei ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Krankenkassen der einzig mögliche Bemessungsmaßstab, weil eine Feststellung durchschnittlicher Beitragssätze von Ortskrankenkassen auf Landesebene wegen der Änderung des § 248 SGB V nicht mehr getroffen wird. Auch der Krankenversiche-

rungsbeitrag der Studenten wird auf der Grundlage des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes aller Krankenkassen errechnet.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der Neufassung des § 247 SGB V.

Der in § 39 Abs. 2 Satz 2 für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen neu geregelte Beitragsmaßstab wird für die Bemessung der Beiträge aus Renten übernommen (vgl. im übrigen die Begründungen zu §§ 247, 248 und 255 SGB V).

Zu Nummer 2

Die Neuregelung stellt sicher, daß die neuen Bemessungsgrundlagen für Beiträge aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen Versicherungspflichtiger (§ 39 Abs. 2 Satz 2) für diese Einnahmearten auch dann gelten, wenn sie von Altenteilern erzielt werden.

Zu Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Durch ambulantes Operieren im Krankenhaus – anstelle stationärer Aufnahme und Operationen – entfallen Personalstellen in der stationären Krankenpflege nach Maßgabe der Pflege-Personalregelung. Um Operationen ambulant durchführen zu können, benötigen die Krankenhäuser andererseits Krankenpflegepersonal in der Ambulanz (Funktionsdienst). Die Regelung ermöglicht es, im stationären Bereich eingesparte Stellen während der Geltung des festen Budgets für das ambulante Operieren zu verwenden, soweit dies erforderlich ist.

Die ambulante Durchführung von Operationen im Krankenhaus wird gefördert, ohne daß es zu Personal-Mehrkosten im Verhältnis zur stationären Durchführung von Operationen unter Anwendung der Pflege-Personalregelung kommt. Die ambulanten Operationen werden ohnehin innerhalb des festen Budgets finanziert und gegen dieses im Wege des Erlösabzugs verrechnet.

Zu Artikel 7 (Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang)

Die Regelung ermöglicht, den durch dieses Gesetz geänderten Teil der Bundespflegesatzverordnung

künftig nicht nur durch Gesetz, sondern wieder durch Rechtsverordnung zu ändern.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Das rückwirkende Inkrafttreten von Artikel 1 Nr. 3 zum 1. Januar 1993 sowie von Artikel 1 Nr. 8, 10, 11 und 12 ist zur Beseitigung von Rechtsunsicherheiten erforderlich, die dadurch entstanden sind, daß diese schon im Gesetzbeschuß des Deutschen Bundestages vom 20. Mai 1994 (vgl. BR-Drucksache 466/94) vorgesehenen Regelungen nicht Gesetz geworden sind. Bei den notwendigen Folgeänderungen ist es ausreichend, wenn sie später (1996 und 1997) in Kraft treten.

Die Regelung in Artikel 1 Nr. 14 muß rückwirkend zum 1. Januar 1991 und Artikel 1 Nr. 1 rückwirkend zum 1. Januar 1993 in Kraft treten.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen des Gesetzes stellen überwiegend redaktionelle und klarstellende Korrekturen im Anschluß an das Gesundheitsstrukturgesetz dar, die zu keiner finanziellen Mehrbelastung für die gesetzliche Krankenversicherung, die übrigen Sozialversicherungszweige sowie Bund, Länder und Gemeinden führen.

Das erweiterte Budgetvolumen für ambulante Operationen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in 1994 führt zu Mehrausgaben von ca. 50 Mio. DM, die jedoch durch entsprechende Minderausgaben in 1995 ausgeglichen werden.

D. Preiswirkungsklausel

Für einzelne Beitragszahler kann es im Zusammenhang mit der Verteilung der Beiträge aus Renten an die Krankenkassen zu geringfügigen Erhöhungen oder Senkungen ihrer Beitragssätze kommen.

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