

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)

GSG

Ausfertigungsdatum: 21.12.1992

Vollzitat:

"Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), das zuletzt durch Artikel 205 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) geändert worden ist"

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 205 V v. 25.11.2003 I 2304

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 1.1.1993 +++)

Art. 13: PflPersRgL 2126-9-12

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Zweite Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4	Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 5	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 6	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 7	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 8	Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes
Artikel 9	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
Artikel 10	Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
Artikel 11	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 12	Änderung der Bundespflegesatzverordnung
Artikel 13	Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)
Artikel 14	Krankenhausinvestitionsprogramm für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet
Artikel 15	Änderung des Sozialgerichtsgesetzes
Artikel 16	Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes
Artikel 17	Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes
Artikel 18	Änderung des Arzneimittelgesetzes
Artikel 19	Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen
Artikel 20	Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
Artikel 21	Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte
Artikel 22	Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde
Artikel 23	Budgetierung der Verwaltungsausgaben
Artikel 24	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Artikel 25	Änderung des Gesundheits-Reformgesetzes
Artikel 26	Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen
Artikel 27	Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung
Artikel 28	Erweiterung der Versicherungspflicht
Artikel 29	Arznei- und Heilmittelbudget für 1993
Artikel 30	Preismoratorium für Arzneimittel
Artikel 31	(weggefallen)
Artikel 32	Sonderkündigungsrecht für versicherungsfreie Personen
Artikel 33	Überleitungsvorschriften
Artikel 34	Übergangsregelungen zum Risikostrukturausgleich
Artikel 35	Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Eingangsformel

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

Art 1 bis 11

Art 12

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

(1)

(2) Für die Krankenhäuser, die vom 1. Januar 1995 an die auf Grund des § 17 Abs. 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen, gilt Absatz 1 mit Ausnahme von Nummer 6 und Nummer 7 Buchstabe b nur für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993 und 1994.

(3)

Art 13

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (PfPersRgl)

Art 14

Krankenhausinvestitionsprogramm für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet

(1) Zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet beteiligen sich in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Jahren 2002 bis 2014 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 Euro für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Der Zuschlag wird verwendet zur Finanzierung von Zinskosten von Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung. Die Länder vereinbaren die Einzelheiten des Verfahrens und die Verwendung der Mittel mit den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten.

(2) Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung bleiben unberührt. Zur Verwirklichung der Ziele nach Absatz 1 stellen die Länder im Einvernehmen mit den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten jährlich fortzuschreibende gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme bis zum 31. Dezember 2004 auf. § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes findet in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum 31. Dezember 2004 keine Anwendung.

(3) Zusätzliche Mittel der Länder im Sinne von Artikel 14 Abs. 2 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung sind bis zum 31. Dezember 2000 auch die von Krankenhäusern für die Durchführung von förderungsfähigen Krankenhausinvestitionen verausgabten Mittel aus einem Darlehen, soweit das Land den Schuldendienst im Rahmen der Förderung nach § 9 Abs. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in vollem Umfang übernommen hat; die Tilgungsleistungen für dieses Darlehen dürfen jedoch auch für das Jahr 2001 nicht in die Abrechnung gegenüber dem Bund einbezogen werden. Die Länder können ihre zusätzlichen Mittel nach Artikel 14 Abs. 2 Satz 3 in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung für die Jahre 1995 bis einschließlich 2000 übergreifend abrechnen. Die ihnen auf der Grundlage der Sätze 1 und 2 zustehenden Finanzhilfen des Bundes können die Länder bis zum 31. Dezember 2002 abrechnen.

Art 15 bis 22

Art 23

Budgetierung der Verwaltungsausgaben

(1) Die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um die Verwaltungskostenpauschale der Pflegekasse (§ 46 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) je Mitglied und um den Betrag verändern, der sich durch Multiplikation der durchschnittlichen Verwaltungsausgaben aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied mit der Veränderungsrate der nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied ergibt. Ausgangsbasis sind die jährlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkasse je Mitglied im Jahr 1991, die um den Betrag erhöht werden, der sich gemäß dem Berechnungsverfahren nach Satz 1 für das Kalenderjahr 1992 ergibt. Die Berechnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind, soweit sie die durchschnittlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen je Mitglied betreffen, getrennt nach Betriebskrankenkassen und nach anderen Krankenkassen vorzunehmen. Eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung des Budgets ist im Budget des Folgejahres auszugleichen.

(2) Absatz 1 gilt für Krankenkassen im Beitrittsgebiet mit der Maßgabe, daß als beitragspflichtige Einnahmen diejenigen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen sind. Bei den Betriebskrankenkassen im Beitrittsgebiet sind als Ausgangsbasis des Jahres 1991 nur die um die Personalkosten nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verringerten Verwaltungsausgaben zugrunde zu legen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechend.

(4) Verwaltungsausgaben im Sinne der Absätze 1 und 2 sind alle Ausgaben, die nach Anlage 1 zu § 25 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 in der Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten - zu buchen sind. Unberücksichtigt bleiben Verwaltungsausgaben für Leistungen, die nur einzelnen Kassenarten durch die Ausführung von Rechtsvorschriften entstehen und nicht von einem Dritten ersetzt werden.

(5) Die Aufsichtsbehörde kann bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände eine im einzelnen bestimmte Ausnahme von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach den Absätzen 1 bis 3 gestatten.

Art 24

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 9, 10, 12, 20 und 21 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden. Artikel 13 kann auf Grund des § 16 Satz 1 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), sowie in Verbindung mit diesem Artikel durch Rechtsverordnung geändert oder aufgehoben werden.

Art 25

Art 26

Unwirksamkeit gesetzeswidriger Vereinbarungen

Vertragliche Vereinbarungen sind in den Teilen unwirksam, in denen sie mit den Regelungen dieses Gesetzes nicht vereinbar sind. Dies gilt auch für Vereinbarungen, die vor dem 1. Januar 1993 abgeschlossen worden sind.

Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen bis zum 31. März 1993 den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. § 71 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Art 27

Rechtsverordnungen zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen der Selbstverwaltung

Kommen Regelungen nach § 106 Abs. 3, § 115 Abs. 1 bis 4, § 135 Abs. 3 und 4, § 136 Abs. 1, § 296 Abs. 4, § 300 Abs. 3, § 301 Abs. 3, § 302 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Zustimmung des Bundesrates unter Beachtung der für die Selbstverwaltung geltenden Vorgaben jeweils entsprechende Regelungen durch Rechtsverordnung treffen.

Art 28

Erweiterung der Versicherungspflicht

(1) Vom 1. Januar 1997 an werden Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten, mit Ausnahme von asylsuchenden Ausländern und ähnlichen Personengruppen in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen.

(2) Das Nähere zur Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises, über die Beitragsbemessung und die Meldepflichten wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

Art 29

Arznei- und Heilmittelbudget für 1993

(1) Als Budget nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 gelten die Ausgaben der beteiligten Krankenkassen für Arznei-, Verband- und Heilmittel im Jahr 1991 im Geltungsbereich des Budgets nach Maßgabe der Sätze 2 bis 7. Die Ausgaben für Arzneimittel werden verringert um

1. 4,25 vom Hundert auf Grund der Neuregelung der Zuzahlung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. 2,45 vom Hundert auf Grund der Senkung der Arzneimittelpreise nach Artikel 30,
3. 1,51 vom Hundert auf Grund der Festsetzung weiterer Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in den Jahren 1992 und 1993.

Auf dieser Basis werden die Ausgaben für Arzneimittel erhöht um

1. 1,74 vom Hundert auf Grund des Anstiegs der Arzneimittelpreise vom 1. Januar bis 30. April 1992,
2. 0,9 vom Hundert auf Grund der Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel zum 1. Januar 1993,
3. 3,5 vom Hundert auf Grund einer einmaligen Berücksichtigung der gestiegenen Zahl der Vertragsärzte,
4. 0,9 vom Hundert auf Grund der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen für empfangnisverhütende Mittel nach § 24a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Vomhundertsätze nach Satz 2 sind jeweils auf die Ausgaben des Jahres 1991, die Vomhundertsätze nach Satz 3 jeweils auf das nach Satz 2 bereinigte Ausgabenniveau zu beziehen. Die Ausgaben für Heilmittel werden um den Vomhundertsatz erhöht, um den sich in den Jahren 1992 und 1993 die nach den §§ 270 und 270a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied erhöhen. Satz 3 Nr. 3 gilt auch für Heilmittel. Für die Ausgaben für Verbandmittel gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend.

(2) Die Ausgaben nach Absatz 1 Satz 1 werden für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets nicht überschreitet, aus den Rechnungsergebnissen des Jahres 1991 auf der Grundlage der Kontenarten 430 und 450 bis 453 nach Anlage 1 zu § 25 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung vom 3. August 1981 ermittelt. Für Krankenkassen, deren Geschäftsbereich den Geltungsbereich des Budgets überschreitet, werden die Ausgaben zugrunde gelegt, die sich aus der Vervielfachung der Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel je Behandlungsfall der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 1991 mit der Zahl der von der jeweiligen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Geltungsbereich des Budgets für das Jahr 1991 abgerechneten Behandlungsfälle ergeben. Die Ausgaben nach § 84 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1993 werden entsprechend

ermittelt. Soweit ausreichende statistische Angaben über die Ausgaben im Geltungsbereich des Budgets nicht vorliegen, sind Schätzungen auf der Grundlage geeigneter Bezugsgrößen vorzunehmen.

(3) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung sicher, daß durch geeignete Maßnahmen der übersteigende Betrag bis zu einer Höhe von insgesamt 280 Millionen Deutsche Mark gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen wird. Die Aufteilung des Ausgleichsbetrages auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt nach Maßgabe ihrer Anteile am übersteigenden Betrag. Wird der Ausgleich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht sichergestellt, erfolgt eine Verrechnung im Rahmen der Gesamtvergütungen im Jahr 1994. § 84 Abs. 1 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(4) Eine Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 ermittelten Ausgaben für Arzneimittel um mehr als 280 Millionen Deutsche Mark wird bis zu einer Höhe von 560 Millionen Deutsche Mark von den pharmazeutischen Unternehmern gegenüber den Krankenkassen ausgeglichen. Der Ausgleich erfolgt durch eine entsprechende Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 30. Die pharmazeutischen Unternehmer gleichen die dem pharmazeutischen Großhandel und den Apotheken auf Grund der Verlängerung des Preismoratoriums entstehenden Ertragseinbußen durch entsprechende Rabatte aus.

(5) Bei einer Überschreitung der nach Absatz 1 Satz 5 ermittelten Ausgaben für Heilmittel gilt § 84 Abs. 1 Satz 4 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(6) Der Bundesminister für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für den in Absatz 4 genannten Ausgleich erforderliche Verlängerung der Geltungsdauer des Preismoratoriums nach Artikel 30 sowie die Höhe der Rabatte nach Absatz 4 Satz 3.

(7) Das Budget nach Absatz 1 gilt bis zum Inkrafttreten von Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fort; § 84 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(8) Für das Beitrittsgebiet gelten Budgets erstmalig für das Jahr 1994. Den Budgets für das Jahr 1994 sind die verdoppelten Ausgaben des ersten Halbjahres 1992, bereinigt um den Rechnungsabschlag nach § 311a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, unter Berücksichtigung der in Absatz 1 sowie der in § 84 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Vorgaben zugrunde zu legen. Absatz 7 gilt entsprechend.

Art 30

Preismoratorium für Arzneimittel

(1) Die Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Fertigarzneimittel, für die die §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147) gelten und für die am 1. Januar 1993 kein Festbetrag nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt ist, betragen in den Jahren 1993 und 1994

1. höchstens 95 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die der Verschreibungspflicht unterliegen,
2. höchstens 98 vom Hundert der am 1. Mai 1992 geltenden Preise bei Fertigarzneimitteln, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen.

Die pharmazeutischen Hersteller haben die Preise entsprechend zu senken und rechtzeitig bekanntzugeben. Gibt ein Hersteller die Preise nicht oder nicht rechtzeitig bekannt, gelten die nach Satz 1 Nr. 1 und 2 höchstzulässigen Preise als Herstellerabgabepreise. Die Preise nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind den Großhandelszuschlägen nach § 2 und entsprechend den Apothekenzuschlägen nach § 3 der Arzneimittelpreisverordnung zugrunde zu legen. Die von den Krankenkassen an die Apotheken zu entrichtende Vergütung ist auf dieser Grundlage zu berechnen. Für Arzneimittel, die im Zeitraum vom 2. Mai bis zum 31. Dezember 1992 erstmals in den Markt eingeführt wurden, gelten die Sätze 1 bis 5 mit der Maßgabe, daß die Markteinführungspreise Bezugsgröße für die Preissenkung nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind. Die Preise für Arzneimittel, die nach dem 31. Dezember 1992 erstmals in den Markt eingeführt werden, dürfen in den Jahren 1993 und 1994 nicht erhöht werden. Für Arzneimittel, für die nach dem 31. Dezember 1992 Festbeträge nach § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt werden, gelten die Sätze 1 bis 7 ab dem Tag des Inkrafttretens dieser Festbeträge nicht.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit kann nach einer Überprüfung der Erforderlichkeit der Preisabschläge nach Absatz 1 entsprechend der Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme (89/105/EWG) die Preisabschläge durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufheben oder verringern.

(3) Absatz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Versorgung nach § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind.

Art 31

Institut "Arzneimittel in der Krankenversicherung"

Art 32

Sonderkündigungsrecht für versicherungsfreie Personen

Versicherungsfreie Personen, die keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, können ab 1. Juli 1994 bei diesem Versicherungsunternehmen eine Bescheinigung darüber beantragen, daß der Versicherungsschutz die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Erteilt das Versicherungsunternehmen diese Bescheinigung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb von zwei weiteren Monaten mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Versicherungsunternehmen darf die Bescheinigung nur erteilen, wenn ihm die zuständige Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Art 33

Überleitungsvorschriften

§ 1 Altersgrenze für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

Bei Vertragsärzten und Vertragszahnärzten, die am 1. Januar 1999 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben, endet die Zulassung am 1. Januar 1999. War der Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zu diesem Zeitpunkt

1. weniger als 20 Jahre als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt tätig und
2. vor dem 1. Januar 1993 als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt zugelassen, verlängert der Zulassungsausschuß die Zulassung längstens bis zum Ablauf dieser Frist. Satz 1 gilt für angestellte Ärzte und Zahnärzte entsprechend.

§ 2 Eintragung in das Arztregister

Bis zum 31. Dezember 1993 erfolgte Eintragungen in das Arztregister bleiben unberührt. Wird ein Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt nach dem 31. Dezember 1994 gestellt, hat der Arzt unbeschadet des Satzes 1 die Voraussetzungen des § 95a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erfüllen.

§ 3 Entscheidung über die Zulassung

(1) Einem Antrag auf Zulassung als Vertragsarzt, der bis zum 31. Januar 1993 gestellt wird, ist auch dann zu entsprechen, wenn Zulassungsbeschränkungen nach dem 1. Januar 1993 gemäß § 103 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angeordnet sind. Die Zulassung nach Satz 1 endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht spätestens bis zum 1. Oktober 1993 aufgenommen wird. Abweichend von § 95 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann ein Antrag nach Satz 1 auch dann gestellt werden, wenn die Vorbereitungszeit nach § 95 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor dem 5. November 1992 begonnen hat und vor dem 1. April 1993 abgeschlossen worden ist.

(2) Der Zulassungsausschuß kann über Zulassungsanträge, die nach dem 31. Januar 1993 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei Antragstellung angeordnet waren.

(3) Der Zulassungsausschuß kann Genehmigungen zur Anstellung eines Arztes nach § 32b Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erst erteilen, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Vertragszahnärzte entsprechend.

§ 3a Umwandlung der Kassenärzte in Vertragsärzte

(1) Die Ärzte und Zahnärzte, die am 31. Dezember 1992 sowohl als Kassenärzte oder Kassenzahnärzte zugelassen waren als auch Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte der Ersatzkassen waren, sind zugelassene Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte.

(2) Die Rechtsstellung der am 31. Dezember 1992 nur an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der Ersatzkassen bleibt unberührt.

§ 4 Freiwillige Versicherung

Für Personen, die bis zum 31. Dezember 1992 aus der Versicherungspflicht ausscheiden, gelten § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils in der bis dahin geltenden Fassung auch dann, wenn der Beitritt nach dem 31. Dezember 1992 der Krankenkasse angezeigt wird.

§ 5 Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen bei Erwachsenen

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und deren kieferorthopädische Behandlung vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung einschließlich zahntechnischer Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsah, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 6 Versorgung mit Zahnersatz

Versicherte, deren zahnärztliche Behandlung zur Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen vor dem 1. Januar 1993 begonnen hat, haben Anspruch auf Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der Kosten für zahntechnische Leistungen in der Höhe, wie sie das am 31. Dezember 1992 geltende Recht vorsah, wenn die Krankenkasse vor dem 5. November 1992 über den Anspruch bereits schriftlich entschieden hat.

§ 7 Weitergeltung bestehender Verträge

(1) Verträge zur Regelung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, die am 31. Dezember 1992 auslaufen, gelten so lange fort, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch deren Inhalt festsetzen.

(2) Sofern ab 1. Januar 1993 die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder die Spitzenverbände der Krankenkassen keine Abschlußbefugnis haben, treten an Stelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, an Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, die insoweit die Rechte und Pflichten eines Landesverbandes ausüben, in die Verträge ein.

§ 8 Wirkung der Beanstandung von Vergütungsvereinbarungen

-

§ 9 Wirkung der Beanstandung von Entscheidungen der Schiedsämter

-

§ 10 Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates

(1) Die Vertreterversammlung der in § 35a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung genannten Krankenkasse wählt bis zum 30. Juni 1995 aus ihrer Mitte die Mitglieder des Verwaltungsrates nach § 31 Abs. 3a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung. Hierbei ist § 43 Abs. 1 Satz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung zu beachten. Für diese Wahl gelten die Mitglieder des Vorstandes als Mitglieder der Vertreterversammlung. Im übrigen gelten die Vorschriften des Vierten Buches Sozialgesetzbuch über die Wahl des Vorstandes entsprechend.

(2) Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(3) Die erste Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates endet mit Ablauf der achten Amtsperiode der Selbstverwaltungsgane.

§ 11 Wahl des Vorstands der Krankenkasse

Der Verwaltungsrat nach § 10 wählt bis zum 31. Dezember 1995 den Vorstand sowie aus dessen Mitte den Vorstandsvorsitzenden und dessen Stellvertreter. Dabei ist § 35a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 12 Überleitungsvorschrift für die Verbände der Krankenkassen

Die §§ 10 und 11 gelten für die Landes- und Bundesverbände entsprechend.

§ 13 Überleitungsvorschrift für die Vereinigung von Ersatzkassen

(1)

(2) Vereinigen sich Ersatzkassen vor dem 1. Januar 1996, darf die entstehende Ersatzkasse nur Personen aufnehmen, die von den an der Vereinigung beteiligten Ersatzkassen am 31. Dezember 1994 hätten aufgenommen werden dürfen.

§ 14 Versicherungspflicht von Rentnern

Wer am 31. Dezember 1992 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig war oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied galt, bleibt für die Dauer des Bezugs dieser Rente oder bis zu dem Tag, an dem der Rentenantrag zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach Artikel 56 Abs. 1 bis 3 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht erfüllt.

Art 34

Übergangsregelungen zum Risikostrukturausgleich

§ 1

(1) Für das Geschäftsjahr 1994 bleiben außer Betracht:

1. Leistungsausgaben, soweit sie auf in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Personen und ihre nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherten Familienangehörigen entfallen, bei der Ermittlung der Leistungsausgaben nach § 266 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Beitragseinnahmen von in § 5 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Pflichtversicherten, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, soweit diese Beitragseinnahmen auf Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen entfallen, bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Bedarfssatzes nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Zu den Ausgaben für das Geschäftsjahr 1994 nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zählt auch der von jeder Krankenkasse zu tragende Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 2

Die §§ 268 bis 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch treten außer Kraft, wenn die auf der Grundlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Jahres 1994 entstandenen Ansprüche und Verpflichtungen der Krankenkassen ausgeglichen sind. Den Zeitpunkt des Außerkrafttretens bestimmt der Bundesminister für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für Geschäfts- und Rechnungsergebnisse in der Krankenversicherung der Rentner gilt ab 1. Januar 1995 der Risikostrukturausgleich nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3

(1) Die Satzungen der Spitzenverbände können für das Geschäftsjahr 1993 Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart vorsehen. Voraussetzung ist, daß der Bedarfssatz dieser Krankenkasse den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz der Kassenart um mehr als 12,5 vom Hundert

übersteigt und daß ein Finanzausgleichsverfahren nach § 266 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchgeführt worden ist. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Zustimmung von zwei Dritteln der Mitglieder des Spitzenverbands. Eine Krankenkasse kann die Hilfe innerhalb von 60 Kalendermonaten nur einmal erhalten. § 266 Abs. 2 Satz 3 und 4 und § 313 Abs. 10 Buchstabe a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Der Vorstand des Spitzenverbandes entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstandes der Krankenkasse nach Anhörung der Mitglieder des Spitzenverbandes. Vor der Entscheidung über die Hilfe hat der Spitzenverband die Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes nach Absatz 1 gemeinsam mit der Krankenkasse und, wenn die Krankenkasse einem Landesverband angehört, mit dem Landesverband zu untersuchen und Maßnahmen festzulegen, die geeignet sind, die Finanzlage der Krankenkasse zu verbessern. § 266 Abs. 3 Satz 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 4

Bedarfssatz nach § 145 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist für das Geschäftsjahr 1993 das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die nach § 269 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgleichsfähigen Aufwendungen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne die in § 270 Satz 4 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge. Die Ausgaben sind zu mindern um die von Dritten erstatteten Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehr- und Erprobungsleistungen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Zu den Ausgaben zählt auch der Finanzierungsanteil nach § 270 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Art 35

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1993 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) - (6) (7) (weggefallen) (8) u. (9)