

Beschlussempfehlung *)

des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss)

1. **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
- Drucksache 15/1525 -

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

2. **zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae und der Fraktion der FDP**
- Drucksache 15/542 -

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung

3. **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
- Drucksache 15/800 -

Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

4. **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**
- Drucksache 15/1071 -

Entwurf eines Gesetzes über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

*) Der Bericht der Abgeordneten Helga Kühn-Mengel, Annette Widmann-Mauz, Birgitt Bender und Dr. Dieter Thomae wird gesondert verteilt.

5. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Drucksache 15/1170 -

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)

6. zu dem Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
- Drucksache 15/652 (neu) -

Aufhebung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im
Beitragssatzsicherungsgesetz

7. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
- Drucksache 15/1174 -

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik
neu denken und gestalten

8. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
- Drucksache 15/1175 -

Mut zur Verantwortung – Für ein freiheitliches Gesundheitswesen

9. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
- Drucksache 15/1526 -

Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten

A. Problem

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist mit ihren Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung ein Modell, das eine umfassende medizinische Versorgung gewährleistet. Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, muss das Sozialsystem grundlegend reformiert werden.

Gerade im Bereich der großen Volkskrankheiten, die die höchsten Kosten verursachen, sind mangelnde Effektivität und Qualität zu verzeichnen. Deshalb müssen die vorhandenen Mittel effizienter eingesetzt und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich gesteigert werden.

Zudem führen der medizinische Fortschritt, die steigende Lebenserwartung und die niedrige Geburtenrate zu einem Ausgabenanstieg, hinter dem die Entwicklung der Einnahmen zurückbleibt. Diese Finanzierungslücke kann nicht durch weitere Beitragssatzsteigerungen finanziert werden, denn dies erhöht die Arbeitskosten und trägt zu einer steigenden Arbeitslosigkeit bei. Eine Lösung des Problems durch Rationierung von Leistungen zu Lasten von Patientinnen und Patienten wird parteiübergreifend strikt abgelehnt. Ziel ist es vielmehr, ein hohes Versorgungsniveau bei angemessenen Beitragssätzen auch in Zukunft zu gewährleisten. Dies wird mit einem Bündel von Maßnahmen gewährleistet.

B. Lösung

Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst strukturelle Reformen sowie eine Neuordnung der Finanzierung. Die strukturellen Maßnahmen verbessern die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Transparenz wird erhöht, Eigenverantwortung und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten werden gestärkt, die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und freien Berufe verbessert, effizientere Strukturen geschaffen, die solidarische Wettbewerbsordnung wird weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut. Die Neuordnung der Finanzierung ermöglicht deutliche Beitragssatzsenkungen und umfasst ausgewogene Sparbeiträge aller Beteiligten und unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit neu gestaltete Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte.

Die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sieht insgesamt schwerpunktmäßig vor:

- ◆ Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität,
- ◆ Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung,
- ◆ die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,
- ◆ die Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich,
- ◆ die Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln,
- ◆ eine Reform der Organisationsstrukturen,
- ◆ die Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz,
- ◆ die Neuordnung der Finanzierung,
- ◆ die Schaffung höherer Transparenz mittels Patientenquittung, elektronischer Gesundheitskarte und Regelungen zur Datentransparenz.

- zu 1. **Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 15/1525 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP**
- zu 2. **Ablehnung des Gesetzentwurfs der Fraktionen CDU/CSU und FDP auf Drucksache 15/542 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion CDU/CSU**
- zu 3. bis 7. **einvernehmliche Erledigungserklärung der Gesetzentwürfe auf Drucksachen 15/800, 15/1071, 15/1170 sowie der Anträge auf Drucksachen 15/652(neu) und 15/1174**
- zu 8. und 9. **Ablehnung der Anträge der Fraktion der FDP auf Drucksache 15/1175 und 15/1526 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS**

90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion FDP bei einer Stimmenthaltung aus der Fraktion der CDU/CSU

elektronische Vorab-Fassung*

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 15/1525 und Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 15/542 und/oder der Anträge auf Drucksache 15/1526 und 15/1175.

D. Finanzielle Auswirkungen

Mit den Maßnahmen des Gesetzes auf Drucksache 15/1525 werden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung entscheidend verbessert, die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt sowie das Beitragssatzniveau und damit auch die Lohnnebenkosten deutlich gesenkt. Insgesamt ergibt sich aus den vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ein geschätztes finanzielles Entlastungsvolumen, das von rd. 10 Mrd. in 2004 auf ca. 14 bis 15 Mrd. in 2007 ansteigt.

Zusätzlich wird der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz durch die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes ab 2005 umgerechnet um ca. 0,35 sowie durch die Erhebung eines mitgliederbezogenen Sonderbeitrags ab 2006 um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet. Dies entspricht insgesamt einer Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger und einer entsprechenden Belastung der Mitglieder um jeweils rd. 4,2 bis 4,3 Mrd. .

Durch die mit dem Einsparvolumen des Gesetzes möglichen Beitragssatzsenkungen werden insbesondere die lohnintensiven kleinen und mittelständischen Betriebe entlastet.

Über die unmittelbar finanzwirksamen Maßnahmen des Gesetzes hinaus ergeben sich insbesondere aus der konsequenten Umsetzung weiterer struktureller Maßnahmen, die ab dem Jahr 2004 schrittweise wirksam werden, erhebliche Einsparpotenziale bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die Rentenversicherung ergeben sich ab dem Jahr 2004 – durch die aus den Maßnahmen des Gesetzes resultierenden Beitragssatzsenkungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Minderausgaben im Bereich der Krankenversicherung der Rentner. Im Bereich der Bundesanstalt für Arbeit ergeben sich ab dem Jahr 2004 ebenfalls Minderausgaben durch geringere Krankenversicherungsbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld.

Für den Bund entstehen durch die finanzielle Beteiligung an versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen Mehrausgaben in Höhe von 1,0 Mrd. in 2004, 2,5 Mrd. in 2005, 4,2 Mrd. in 2006 und den Folgejahren sowie relativ geringfügige, derzeit noch nicht bezifferbare Verwaltungsaufwendungen.

Die mit dem Gesetz auf Drucksache 15/1525 erzielbaren Einsparungen und die damit verbundene Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten den Bund bei den Krankenversicherungsbeiträgen für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe ab 2004. Die Reduzierung der von der Bundesanstalt für Arbeit zu leistenden Sozialversicherungsbeiträge entlastet den Bund zusätzlich, wenn ein Bundeszuschuss an die Bundesanstalt für Arbeit gezahlt wird. Darüber hinaus wird der Bund als Arbeitgeber durch die Senkung der GKV-Beiträge für beim Bund beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer finanziell entlastet.

Im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte führen die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen bei den landwirtschaftlichen Altenteilern zu einem Minderbedarf an Bundesmitteln.

Für Länder und Gemeinden entstehen durch das Gesetz keine Mehrausgaben. Sie werden als Arbeitgeber durch die Senkung der für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu entrichtenden Beiträge zur GKV finanziell entlastet.

E. Sonstige Kosten

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der Krankenkassen und senkt das Beitragssatzniveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit ist auch eine stabilisierende Wirkung auf das Preisniveau zu erwarten. Durch die Regelungen in der Arzneimittelversorgung wird das Preisniveau in diesem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gedämpft. Weitere Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

elektronische Vorab-Fassung*

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

I. den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/1525 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b (§ 28 Abs. 4)

In Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe b werden in Absatz 4 Satz 2 nach der Angabe „§ 25“ das Wort „und“ durch ein Komma und die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt.

2. Zu Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe a (§ 37)

In Artikel 1 Nr. 27 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

„a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt:

„der Anspruch umfasst das Anziehen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“

bb) Folgender Satz wird angefügt: „Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.“

3. Zu Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe b (§ 39 Abs. 4)

Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2“ durch die Angabe „Abs. 6 Satz 1“ ersetzt.“

4. Zu Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe b (§ 40)

Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „nach § 39 Abs. 4 ergebenden Betrag für längstens 14 Tage“ durch die Angabe „nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage“ ersetzt.“

5. Zu Artikel 1 Nr. 34 Buchstabe b (§ 43b Abs. 2)

In Artikel 1 Nr. 34 Buchstabe b wird dem § 43b Abs. 2 folgender Satz angefügt:

„Das Nähere zum Verfahren nach Satz 1 und 2 ist in den Bundesmantelverträgen zu vereinbaren.“

6. Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 55)

In Artikel 1 Nr. 36 wird § 55 Abs. 2 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Satzung hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 entstandenen Kosten, vorzusehen, wenn Versicherte ansonsten unzumutbar belastet würden.“

7. Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 57 Abs. 2):

In Artikel 1 Nr. 36 wird § 57 Abs. 2 wie folgt gefasst:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten. Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Sind Preise für das Jahr 2004 nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 werden die durchschnittlichen Preise nach Satz 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach Satz 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.“

8. Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 59):

In Artikel 1 Nr. 36 wird in § 59 Abs. 1 Satz 1 vor dem Wort „Belastungen“ das Wort „unterschiedlichen“ eingefügt.

9. Zu Artikel 1 Nr. 66 Buchstabe b (§ 87)

In Artikel 1 Nr. 66 Buchstabe b werden in § 87 Abs. 1a Satz 2 nach dem Wort „Befund“ ein Komma und die Wörter „die Regelversorgung“ eingefügt.

elektronische Vorab-Fassung*

10. Zu Artikel 1 Nr. 70 (§ 91)

In Artikel 1 Nr. 70 wird in § 91 Abs. 2 Satz 6 wie folgt gefasst:

„Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Verbänden nach Absatz 1 bestellten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend.“

11. Zu Artikel 1 Nr. 70 (§ 91)

In Artikel 1 Nr. 70 wird nach § 91 Abs. 8 folgender Absatz eingefügt:

„(8a) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.“

12. Zu Artikel 1 Nr. 86a – neu - (§ 119 a)

In Artikel 1 wird nach der Nummer 86 folgende Nummer eingefügt:

„86a. Nach § 119 wird folgender § 119a eingefügt:

„§ 119a

Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. In dem Zulungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

13. Zu Artikel 1 Nr. 116 (§ 140d)

In Artikel 1 Nr. 116 wird in § 140d Abs. 1 Satz 1 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind.“

14. Zu Artikel 1 Nr. 118 (§ 140h)

In Artikel 1 wird § 140h wie folgt gefasst:

„§ 140h

Amt, Aufgabe und Befugnisse der oder des Beauftragten der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten. Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer

Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Falle der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

(3) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die beauftragte Person bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die beauftragte Person bei der Erfüllung der Aufgabe.“

15. Zu Artikel 1 Nr. 140 (§ 220 Abs. 4)

In Artikel 1 Nr. 140 werden in § 220 Abs. 4 Satz 1 die Wörter „die Aufhebung des Siebten Abschnitts des Dritten Kapitels“ durch die Wörter „den Wegfall der §§ 58 und 59 in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung“ ersetzt.

16. Zu Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe c (§ 264)

In Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe c wird § 264 Abs. 2 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen.“

17. Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 28)

In Artikel 2 wird der Nummer 1 folgende Nummer vorangestellt:

„01. In § 28 Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5“ ersetzt.“

18. Zu Artikel 2 Nr. 2

Artikel 2 Nr. 2 entfällt.

19. Zu Artikel 15 Nr. 4 Buchstabe b (§ 8)

In Artikel 15 Nr. 4 Buchstabe b werden in § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 5 die Wörter „ein Zuschlag“ durch das Wort „Zuschläge“ ersetzt und nach der Bezeichnung „§139c“ werden die Wörter „und § 91 Abs. 2 Satz 6“ eingefügt.

20. Zu Artikel 18 Nr. 6 Buchstabe b (§ 11)

In Artikel 18 Nr. 6 wird der Buchstabe b wie folgt gefasst:

„b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Die Kosten für die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten tragen die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte) und die beteiligten Verbände der Krankenkassen je zur Hälfte. Der auf die Verbände der Krankenkassen jeweils entfallende Anteil bemisst sich nach der Zahl der von ihnen in die Ausschüsse entsandten Vertreter; das gilt entsprechend für die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte), wenn an einem Ausschuss mehrere Vereinigungen beteiligt sind.“

21. Zu Artikel 37 Abs. 5

In Artikel 37 Abs. 5 werden nach der Angabe „(§ 35)“ die Wörter „und 118 (§ 140g) treten“ eingefügt und das Wort „tritt“ gestrichen.

22. Zu Artikel 37 Abs. 8

In Artikel 37 Abs. 8 werden nach der Angabe „Artikel 2“ die Angabe „Nr. 01 (§ 28 Abs. 4 Satz 2)“ sowie ein Komma eingefügt.

- II. den Gesetzentwurf auf Drucksache 15/542 sowie die Anträge auf 15/1175 und 15/1526 abzulehnen;
- III. die Gesetzentwürfe auf Drucksache 15/800, 15/1071 und 15/1170 sowie die Anträge auf Drucksache 15/652(neu) und 15/1174 für erledigt zu erklären;
- IV. folgende Entschließung anzunehmen:

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf:

1. innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen.

Zur Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung sollen die Krankenkassen dabei stärker zur Kooperation untereinander und mit anderen Beteiligten verpflichtet werden. Ein Teil der für die Prävention zu verwendenden Mittel soll in Gemeinschaftsprojekten der Kassen fließen oder als Einlage in einen Gemeinschaftsfonds für „Prävention und Gesundheitsförderung“ auf Bundes- und Landesebene eingebracht werden. Näheres auch zur Finanzverantwortung soll das Präventionsgesetz regeln; es soll Prävention definieren, eine Vernetzung von Initiativen bewirken, das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Prävention schärfen und für eine Intensivierung der Forschung sorgen. Bei der Ausgestaltung ist sozialen, regionalen und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung zu tragen.

2. die Be- und Entlastungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz wirkungsgleich in die Beihilfe- und Versorgungsregelungen für Minister und Beamte zu übertragen. Diese Vorschriften gelten dann auch für **Abgeordnete des Deutschen Bundestages**.

Die Be- und Entlastungen, die gesetzlich Krankenversicherte mit den Maßnahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes treffen, müssen wirkungsgleich in die Beihilfe- und Versorgungsregelungen für Minister, Abgeordnete und Beamte aufgenommen werden. Der Deutsche Bundestag wird darüber hinaus, soweit erforderlich, die wirkungsgleiche Übernahme der Be- und Entlastungen für die Abgeordneten des Deutschen Bundestages in das Abgeordnetengesetz aufnehmen.

Der Deutsche Bundestag geht davon aus, dass die Landesregierungen und die Landesparlamente entsprechend die Be- und Entlastungen wirkungsgleich in ihre Beihilfe- und Versorgungsregelungen aufnehmen werden.

3. eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des Bundes und der Länder einzusetzen, in der der Risikostrukturausgleich (RSA) und weitere Fragen zum Organisationsrecht auf Fachebene auch unter Beteiligung externer Sachverständiger analysiert und geprüft werden und ihm bis zum 30. Juni 2004 gegebenenfalls Änderungen der betroffenen gesetzlichen Vorschriften vorzuschlagen. Die Fragen eines zielgenauen, transparenten und unbürokratisch zu handhabenden Risikostrukturausgleichs und weiterführender organisationsrechtlicher Veränderungen, sollen im 1. Halbjahr 2004 von dieser Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufbereitet werden, dabei sind auch Chancen und Risiken kassenartenübergreifender Fusionen zu erörtern. In dieser Arbeitsgruppe sollen auch die Versorgungssituation im ambulanten und stationären Bereich untersucht und ggf. Vorschläge zum Abbau von Überversorgung und von Unterversorgung erarbeitet werden.

4. folgende Anregungen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz umzusetzen:
Im Hinblick auf den Wegfall der bisherigen fallbezogenen Datenübermittlungen bei Abrechnungen ambulanter ärztlicher Leistungen sind Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen besonders wichtig. Der Deutsche Bundestag erwartet mit Blick auf die Bedeutung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Umsetzung dieser Neuregelung in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit evaluieren und hierbei auch die Möglichkeit von Pseudonymisierungsverfahren einbeziehen. Auf der Grundlage der Evaluationserfahrungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, dem Deutschen Bundestag bis Ende 2008 zu berichten.

Berlin, den 24. September 2003

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Helga Kühn-Mengel
Berichterstatterin

Annette Widmann-Mauz
Berichterstatterin

Birgitt Bender
Berichterstatterin

Dr. Dieter Thomae
Berichterstatter