

26.09.03

G - Fz - Wi

Gesetzesbeschluss**des Deutschen Bundestages****Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 64. Sitzung am 26. September 2003 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung – Drucksachen 15/1584 und 15/1600 – den von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
– Drucksache 15/1525 –**

mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert angenommen:

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.“

Fristablauf: 17.10.03

Initiativgesetz des Bundestages

- 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.

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 - (§ 119a)

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-, Verwaltungs- 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.

26.09.03

G - Fz - Wi

Beschluss

des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 64. Sitzung am 26. September 2003 zu dem von ihm verabschiedeten **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)** – Drucksachen 15/1525, 15/1584 und 15/1600 – die beigefügte Entschließung unter Nummer IV der Beschlussempfehlung auf Drucksache 15/1584 angenommen.

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 Gemeinschaftsprojekte 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.