

Beschlussempfehlung und Bericht
des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 17/10747, 17/10799 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs
in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Diana Golze,
Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/10784 –

Assistenzpflege bedarfsgerecht sichern

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/9189 –

Praxisgebühr abschaffen – Hausärztinnen und Hausärzte stärken

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Elke Ferner, Bärbel Bas,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/11192 –

Praxisgebühr sofort abschaffen

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge,
Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/9031 –

Praxisgebühr abschaffen

- f) zu dem Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/11141 –

Praxisgebühr jetzt abschaffen

- g) zu dem Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/9408 –

Zusatzbeiträge aufheben, Überschüsse für Abschaffung der Praxisgebühr nutzen

- h) zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/11179 –

Praxisgebühr und Zusatzbeiträge jetzt abschaffen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus hat für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege im sogenannten Arbeitgebermodell sicherstellen, die Möglichkeit der Assistenzpflege bei stationärer Krankenhausbehandlung geschaffen. Nach Auffassung der Bundesregierung hat die Praxis nach Inkrafttreten des Gesetzes gezeigt, dass für den betroffenen Personenkreis auch in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ein Bedarf an Assistenzpflege besteht.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht die Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs für den leistungsberechtigten Personenkreis auf stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vor. Hierzu sollen das Fünfte, Elfte und Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend geändert werden.

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Antragsteller hat die Praxis zudem gezeigt, dass dieser Bedarf auch für diejenigen Pflegebedürftigen besteht, die ihre Pflege nicht nach dem Arbeitgebermodell sicherstellen.

Die Antragsteller fordern zudem die Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs auf all diejenigen Pflegebedürftigen, die die von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekräfte nicht nach dem Arbeitgebermodell beschäftigen.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller hat die von der Fraktion der CDU/CSU im Rahmen der Verhandlungen zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2003 durchgesetzte Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro pro Quartal die von ihr erwartete Steuerungswirkung nicht erzielt. Mit 17 Arztkontakten pro Einwohner und Jahr liege Deutschland bei den Arztkontakten international nach wie vor an der Spitze. Zudem habe das durch die Praxisgebühr geschöpfte Finanzvolumen im Jahre 2011 nur knapp 1 Prozent der GKV-Ausgaben betragen.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der vorsieht, die Praxisgebühr nach § 28 Absatz 4 SGB V ersatzlos zu streichen und bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zum Rechtszustand vor dem 22. September 2010 zurückzukehren.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller hat die im Jahr 2003 von der Fraktion der CDU/CSU durchgesetzte Praxisgebühr das Ziel, die Inanspruchnahme von Vertragsärzten zu strukturieren, nicht erreicht. Die Zahl der Arztkontakte pro Einwohner liege mit 17 im internationalen Vergleich an der Spitze.

Die Antragsteller fordern, dass die Praxisgebühr ersatzlos gestrichen wird.

Zu Buchstabe e

Nach Auffassung der Antragsteller hat die Praxisgebühr die von ihren Befürwortern verfolgte Zielsetzung nicht erreicht. Zum einen sei das Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten überwiegend in einer für ihre Gesundheit negativen Weise beeinflusst worden. Zum anderen würden durch die Praxisgebühr nur geringe Zusatzeinnahmen generiert und die Patientinnen und Patienten einseitig belastet.

Der Bundestag solle die Bundesregierung auffordern, unverzüglich einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Praxisgebühr vorzulegen.

Zu Buchstabe f

Nach Auffassung der Antragsteller bedeutet die im Jahr 2004 eingeführte Praxisgebühr eine ungerechte Zusatzbelastung für die Patientinnen und Patienten und hat nicht dazu geführt, dass die Zahl der Arztbesuche gesunken ist. Vielmehr halte sie Geringverdiener von notwendigen Arztbesuchen ab. Außerdem werde durch die Praxisgebühr unnütze Bürokratie verursacht.

Die Antragsteller fordern, dass die Bundesregierung umgehend einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Praxisgebühr vorlegt.

Zu Buchstabe g

Nach Auffassung der Antragsteller führen die in dieser und in der vergangenen Wahlperiode vorgenommenen Änderungen im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – einheitlicher Beitragssatz und Zusatzbeiträge – zu massiven Fehlsteuerungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Versorgungsseite der GKV. Perspektivisch werde es zudem zu einem dramatischen Anstieg der Beitragsbelastung der Versicherten sowie zu einem Abbau des Solidarprinzips kommen.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Sofortmaßnahmen vorsieht: die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen sowie die Abschaffung der allein von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeiträge und der Praxisgebühr.

Zu Buchstabe h

Nach Auffassung der Antragsteller werden die im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes und des Zusatzbeitrags vorgenommenen Änderungen in den kommenden Jahren zu einem Anstieg der Beitragsbelastung und zu einem Abbau des Solidarprinzips in der GKV führen.

Die Antragsteller fordern, dass die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Wiederherstellung der Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen sowie zur Abschaffung der Zusatzbeiträge und der Praxisgebühr vorlegt.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/10747 und 17/10799 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/10784 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

Zu Buchstabe c

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9189 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/11192 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe e

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9031 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe f

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/11141 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe g

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/9408 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe h

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/11179 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Annahme eines Antrags oder mehrerer Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Keiner.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Keiner.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Mehrausgaben der Länder und Kommunen als Träger der Sozialhilfe entstehen durch die Weiterleistung der Hilfe zur Pflege auch für die Dauer der stationären Aufnahme und Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Nach Angaben der Sozialhilfestatistik haben 685 Personen im Jahr 2009 Leistungen der Hilfe zur Pflege zur Finanzierung der von ihnen beschäftigten besonderen Pflegekräfte erhalten. Der Umfang der finanziellen Auswirkungen auf die Sozialhilfe kann jedoch aufgrund der zahlreichen unbekannt Faktoren (Fallkosten sowie Verweildauer der betroffenen Personen in den stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) nicht beziffert werden. Für den Bund und die Länder als Träger der Kriegsopferfürsorge entstehen Kosten in geringer, nicht bezifferbarer Höhe. Die auf den Bund entfallenden Mehrausgaben werden insoweit in den jeweils betroffenen Einzelplänen finanz- und stellenmäßig gegenfinanziert.

Zu den Buchstaben b, c, d, e, f, g und h

Wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Gesetzliche Krankenversicherung

Mehraufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung infolge der Mitaufnahme von Pflegekräften für Versicherte mit einem besonderen pflegerischen Bedarf in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung können aufgrund der unbekannt Zahl und der nicht bekannten Verweildauer der betroffenen Personen nicht beziffert werden.

Soziale Pflegeversicherung

Der sozialen Pflegeversicherung entstehen geringfügige Mehrausgaben durch die unbegrenzte Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Mitaufnahme von Pflegekräften für Versicherte mit einem besonderen pflegerischen Bedarf in die stationäre Vorsorgeeinrichtung. Diese Mehrausgaben können wegen den unbekannt Fallzahlen nicht genau beziffert werden.

Die mit diesem Gesetzentwurf verbundenen Mehrausgaben führen für die Unternehmen als Arbeitgeber zu keinen Mehrbelastungen. Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt überaus geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine bezifferbaren Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau.

Zu Buchstabe b, c, d, e, g und h

Wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe f

Den Krankenkassen werden Einnahmeausfälle von geschätzt 1,5 Mrd. bis 2 Mrd. Euro entstehen. Diese sollen bis zur Einführung einer Bürgerversicherung durch einen Teil der im Gesundheitsfonds entstandenen Überschüsse gegenfinanziert werden.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 mit folgenden Maßgaben, im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. Artikel 1 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2447, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 3 werden nach den Wörtern „in einem Krankenhaus nach § 108“ die Wörter „oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2“ eingefügt.
2. § 28 Absatz 4 wird aufgehoben.
3. § 43b wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 3 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Sie können hierzu Verwaltungsakte gegenüber den Versicherten erlassen; Klagen gegen diese Verwaltungsakte haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt.“
4. § 106a Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
 - b) Nummer 4 wird aufgehoben.
5. Dem § 271 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Kompensation der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Abschaffung der Zuzahlung bei Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung zum 1. Januar 2013 entstehen, werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 im Jahr 2014 aus der Liquiditätsreserve 1,78 Milliarden Euro zugeführt.“
6. § 295 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 7 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
 - b) Nummer 8 wird aufgehoben.“

2. Artikel 2 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 34 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ durch die Wörter „einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches“ ersetzt.

2. § 47a wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten.“

- c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.“

3. § 82 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Maßnahmen“ die Wörter „einschließlich Kapitalkosten“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Pacht,“ das Wort „Erbbauzins,“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Pacht,“ das Wort „Erbbauzins,“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.“

3. Nach Artikel 3 wird folgender Artikel 4 eingefügt:

„Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 192 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1577) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird aufgehoben.

2. In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „und Absatz 2“ gestrichen.“

4. Nach Artikel 4 wird folgender Artikel 5 eingefügt:

„Artikel 5

Änderung des Zweiten Gesetzes
über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 38 Absatz 4 Satz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) geändert worden ist, werden die Wörter „im Jahr 2007 87 Millionen Euro“ durch die Wörter „im Jahr 2013 79 Millionen Euro“ ersetzt.“

5. Der bisherige Artikel 4 wird Artikel 6 und wie folgt gefasst:

„Artikel 6

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 2 bis 4 und 6 sowie Artikel 4 und 5 treten am 1. Januar 2013 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 5 tritt am 2. Januar 2013 in Kraft.“;

- b) den Antrag auf Drucksache 17/10784 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 17/9189 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 17/11192 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 17/9031 abzulehnen;
- f) den Antrag auf Drucksache 17/11141 abzulehnen;
- g) den Antrag auf Drucksache 17/9408 abzulehnen;
- h) den Antrag auf Drucksache 17/11179 abzulehnen.

Berlin, den 7. November 2012

Der Ausschuss für Gesundheit

Kathrin Vogler
Stellvertretende Vorsitzende

Maria Michalk
Berichterstatteerin

Bericht der Abgeordneten Maria Michalk

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksachen 17/10747, 17/10799** in seiner 195. Sitzung am 27. September 2012 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/10784** in seiner 195. Sitzung am 27. September 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Menschenrechte überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion der SPD auf **Drucksache 17/9189** in seiner 176. Sitzung am 27. April 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion der SPD auf **Drucksache 17/11192** in seiner 201. Sitzung am 25. Oktober 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/9031** in seiner 168. Sitzung am 22. März 2012 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/11141** in seiner 201. Sitzung am 25. Oktober 2012 in erster Lesung beraten und zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/9408** in seiner 176. Sitzung am 27. April 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss

für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe h

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/11179** in seiner 201. Sitzung am 25. Oktober 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu der Unterrichtung auf Drucksache 17/8722

Der Deutsche Bundestag hat die Unterrichtung der Bundesregierung auf **Drucksache 17/8722** in seiner 168. Sitzung am 22. März 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 (BGBl. I Seite 2495) hat für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte nach den Vorschriften des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) im sogenannten Arbeitgebermodell sicherstellen, die Möglichkeit der Assistenzpflege bei stationärer Krankenhausbehandlung geschaffen. Die Assistenz von pflegebedürftigen Personen umfasst die speziell wegen einer Behinderung notwendige und auf diese ausgerichtete besondere pflegerische und persönliche Betreuung/Hilfe/Assistenz.

Nach Auffassung der Bundesregierung habe die Praxis gezeigt, dass die besondere pflegerische Versorgung im Arbeitgebermodell während eines Aufenthalts in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht ausreichend sichergestellt sei. Eine Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs sei daher geboten.

Der Gesetzentwurf sieht für die Assistenzpflege von pflegebedürftigen Menschen im Arbeitgebermodell bei stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung folgende Maßnahmen vor:

- Mitaufnahme von Pflegekräften in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für Versicherte mit einem besonderen pflegerischen Bedarf, den sie durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen;
- Weiterzahlung des Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung auch für die gesamte Dauer von stationären Vorsorgeaufenthalten;

- Weiterleistung der Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfe auch für die Dauer des stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsaufenthaltes.

Hierzu sollen § 11 Absatz 3 SGB V, § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI sowie § 64 Satz 4 SGB XII entsprechend geändert werden. Diese Regelungen sollen auch im Bereich der Hilfe zur Pflege der Kriegsopferfürsorge (§ 26c Absatz 7 Satz 4 und Absatz 10 Satz 7 Bundesversorgungsgesetz) gelten.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat in seiner Stellungnahme gemäß § 6 Absatz 1 NKR-Gesetz erklärt, dass er auf Grund des geringen Erfüllungsaufwands keine Bedenken gegen das Regelungsvorhaben habe (Drucksache 17/10747, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 900. Sitzung am 21. September 2012 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes eine Stellungnahme abzugeben (Drucksache 17/10747, Anlage 3). Er fordert darin, § 82 Absatz 3 SGB XI um die Möglichkeit einer landesrechtlichen Anerkennung angemessener Pauschalen für Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen hinsichtlich der gesonderten Berechnung nach § 82 Absatz 3 Satz 3 SGB XI zu erweitern. Hierdurch werde die Norm klarstellend ergänzt und eine Lücke praxisgerecht und dem Normzweck entsprechend geschlossen. Die Nutzung von Pauschalen reduziere den Verwaltungsaufwand, führe zur Stabilisierung und Kalkulierbarkeit der Heimentgelte und bedeute damit eine spürbare Vereinfachung für alle Beteiligten.

Die **Bundesregierung** hat in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 17/10799 angekündigt, den Vorschlag des Bundesrates prüfen zu wollen.

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Antragsteller hat die Praxis gezeigt, dass ein Bedarf an Assistenzpflege während eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auch für diejenigen Pflegebedürftigen bestehe, die ihre Pflege nicht nach dem Arbeitgebermodell sicherstellten.

Die Antragsteller fordern daher, den Assistenzpflegeanspruch während eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auch auf all diejenigen Pflegebedürftigen, die ihre besonderen Pflegekräfte nicht nach dem Arbeitgebermodell beschäftigen, sondern etwa auf ambulante Dienste zurückgreifen, auszuweiten. Dies sei zur Vermeidung einer Ungleichbehandlung und zudem wegen Artikel 25 und 26 der UN-Behindertenrechtskonvention geboten.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller hat die von der Fraktion der CDU/CSU im Rahmen der Verhandlungen zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2003 durchgesetzte Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro pro Quartal die von ihr erwartete Steuerungswirkung nicht erzielt. Mit 17 Arztkontakten pro Einwohner und Jahr liege Deutschland bei den Arztkontakten international nach wie vor an der Spitze. Zudem habe das durch die Praxisgebühr geschöpfte Finanzvolumen im Jahre 2011 nur knapp ein Prozent der GKV-Ausgaben betragen.

Daher sei die Praxisgebühr ersatzlos zu streichen. Stattdessen sollten eine Rückkehr zu paritätisch finanzierten Beitragssätzen vollzogen und die hausärztliche Versorgung gestärkt werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der vorsieht, die Praxisgebühr nach § 28 Absatz 4 SGB V ersatzlos zu streichen und bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zum Rechtszustand vor dem 22. September 2010 zurückzukehren.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller hat die 2003 von der Fraktion der CDU/CSU durchgesetzte Praxisgebühr das Ziel, die Inanspruchnahme von Vertragsärzten zu strukturieren, nicht erreicht. Die Zahl der Arztkontakte pro Einwohner liege mit 17 im internationalen Vergleich an der Spitze.

Die Antragsteller fordern, dass die Praxisgebühr ersatzlos gestrichen wird.

Zu Buchstabe e

Nach Auffassung der Antragsteller hat die Praxisgebühr die von ihren Befürwortern verfolgte Zielsetzung nicht erreicht. Zum einen sei das Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten überwiegend in einer für ihre Gesundheit negativen Weise beeinflusst worden. Zum anderen würden durch die Praxisgebühr nur geringe Zusatzeinnahmen generiert und die Patientinnen und Patienten einseitig belastet.

Der Bundestag solle daher die Bundesregierung auffordern, unverzüglich einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Praxisgebühr vorzulegen.

Zu Buchstabe f

Nach Auffassung der Antragsteller bedeutet die 2004 eingeführte Praxisgebühr eine ungerechte Zusatzbelastung für die Patientinnen und Patienten und hat nicht dazu geführt, dass die Zahl der Arztbesuche gesunken ist. Vielmehr halte sie Geringverdiener von notwendigen Arztbesuchen ab. Außerdem werde durch die Praxisgebühr unnütze Bürokratie verursacht.

Die Antragsteller fordern, dass die Bundesregierung umgehend einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Praxisgebühr vorlegt.

Zu Buchstabe g

Nach Auffassung der Antragsteller führen die bisher vorgenommenen Änderungen im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie der einheitliche Beitragssatz und die Zusatzbeiträge, zu massiven Fehlsteuerungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Versorgungsseite der GKV. Perspektivisch werde es zudem zu einem dramatischen Anstieg der Beitragsbelastung der Versicherten sowie zu einem Abbau des Solidarprinzips kommen. Das geltende Finanzierungssystem biete den Krankenkassen einen Anreiz, sich ein finanzielles Polster zuzulegen und dafür die nötigen Investitionen in die Verbesserung der Versorgung zu unterlassen und sich gegenüber ihren Versicherten bei der Gewährung von Leistungen restriktiv zu verhalten.

Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der als Sofortmaßnahmen die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen sowie die Abschaffung der allein von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeiträge und der Praxisgebühr vorsieht.

Zu Buchstabe h

Nach Auffassung der Antragsteller werden die im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes und des Zusatzbeitrags vorgenommenen Änderungen in den kommenden Jahren zu einem Anstieg der Beitragsbelastung und zu einem Abbau des Solidarprinzips in der GKV führen.

Die Antragsteller fordern, dass die Bundesregierung einen Gesetzesentwurf zur Wiederherstellung der Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen sowie zur Abschaffung der Zusatzbeiträge und der Praxisgebühr vorlegt.

Zu der Unterrichtung auf Drucksache 17/8722

Die Unterrichtung der Bundesregierung „Ergänzender Bericht des GKV-Spitzenverbands vom 15. November 2011 zu dem „Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht nach § 62 Absatz 5 SGB V““ ist die Ergänzung der Unterrichtung auf Drucksache 16/8652 vom 17. März 2008.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 115. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe** hat in seiner 70. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 90. Sitzung am 23. Mai 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 77. Sitzung am 26. September 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 107. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 106. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11192 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 84. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11192 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 115. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11192 abzulehnen.

Zu Buchstabe g

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 90. Sitzung am 23. Mai 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 77. Sitzung am 26. September 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 115. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 abzulehnen.

Zu Buchstabe h

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 106. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/11179 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 84. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/11179 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 115. Sitzung am 7. November 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/11179 abzulehnen.

Zu der Unterrichtung auf Drucksache 17/8722

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 79. Sitzung am 7. November 2012 die Unterrichtung auf Drucksache 17/8722 einvernehmlich zur Kenntnis genommen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a und b

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 85. Sitzung am 26. September 2012 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages beschlossen, zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 86. Sitzung am 17. Oktober 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung hat in der 89. Sitzung am 24. Oktober 2012 stattgefunden. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e. V., GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Auf das Wortprotokoll der Anhörung sowie auf die als Ausschussdrucksachen veröffentlichten Stellungnahmen wird verwiesen.

In seiner 90. Sitzung am 7. November 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/10784 abzulehnen.

Der Ausschuss hat einige Änderungen bzw. Ergänzungen des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 beschlossen:

Mit den Änderungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch werden verschiedene Anliegen der Länder aufgegriffen. Mit der künftigen Möglichkeit des Datenaustauschs wird einer missbräuchlichen Verwendung von Geldern der Pflegeversicherung und der Sozialhilfeträger entgegengewirkt.

In der Investitionsfinanzierung von Pflegeeinrichtungen sollen im Landesrecht Pauschalierungen bei Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen und der Belegungsquote ermöglicht werden. Damit wird der Sorge der Länder und vieler Einrichtungsträger Rechnung getragen, dass die landesrechtliche Umsetzung der Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 8. September 2011 in diesem Bereich zu praktischen Schwierigkeiten und übermäßiger Bürokratie sowie zu schwankenden Belastungen der Pflegebedürftigen führt. Um die Pflegebedürftigen vor übermäßiger Belastung zu schützen, müssen dabei die Pauschalen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen. Darüber hinaus sollen Eigenkapital- und Fremdkapitalzinsen gleich behandelt werden. Klargestellt werden soll zudem die Umlagefähigkeit des Erbbauzinses.

Zudem wurden Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetz beschlossen, mit denen die Zuzahlung bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung (Praxisgebühr) zum 1. Januar 2013 abgeschafft wird. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme von Ärzten ab dem Jahr 2005 nicht signifikant gesenkt hat. Durch den Änderungsantrag werden insbesondere Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Notfallambulanzen der Krankenhäuser von bürokratischem Aufwand entlastet. Die hierdurch gewonnene Zeit kann unmittelbar in die Versorgung der Patientinnen und Patienten fließen. Die Patientinnen und Patienten werden um rund 2 Mrd. Euro entlastet. Die mit der Abschaffung der Praxisgebühr verbundenen Mehrausgaben der GKV werden in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen einbezogen. Für den Ausgleich im Zweig der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung entstehen dem Bund beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte Mehrausgaben in einer geschätzten Größenordnung von rund 20 Mio. Euro.

Der den Änderungen zu Grunde liegende Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)337 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Die den weiteren Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge

auf den Ausschussdrucksachen 17(14)345.1, 17(14)345.2, 17(14)345.3 und 17(14)345.4 wurden jeweils einstimmig angenommen.

Zu den Buchstaben c, d, e, f, g und h

Der Ausschuss für Gesundheit sollte bereits in der 69. Sitzung am 28. März 2012 die Beratungen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 aufnehmen und abschließen. Der Antrag wurde aber mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP von der Tagesordnung abgesetzt.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 72. Sitzung am 25. April 2012 die Beratungen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 aufgenommen.

In der 74. Sitzung am 9. Mai 2012 wurde die Beratung des Antrags von der Tagesordnung abgesetzt.

In seiner 77. Sitzung am 23. Mai 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 aufgenommen sowie die Beratungen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 fortgesetzt.

In seiner 82. Sitzung am 27. Juni 2012 hat der Ausschuss seine Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 von der Tagesordnung abgesetzt.

In der 85. Sitzung am 26. September 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 fortgesetzt.

In der 86. Sitzung am 17. Oktober 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 fortgesetzt.

In der 88. Sitzung am 24. Oktober 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 fortgesetzt.

Die Fraktion DIE LINKE. hat am 25. Oktober 2012 gemäß § 62 Absatz 2 der Geschäftsordnung die Erstattung eines Berichts über den Stand der Beratungen zu ihrem Antrag auf Drucksache 17/9031 verlangt. Der Bericht wurde am 1. November 2012 auf Drucksache 17/11288 vorgelegt.

In seiner 90. Sitzung am 7. November 2012 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11192, zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/11141 und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/11179 aufgenommen sowie die die Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksachen 17/9189, 17/9031 und 17/9408 fortgesetzt. In der gleichen Sitzung hat der Ausschuss seine Beratungen zu sämtlichen genannten Anträge abgeschlossen.

Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 lagen dem Ausschuss drei Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Die Petenten sprachen sich im Wesentlichen aus

- für eine Verwendung der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen zur Abschaffung der Praxisgebühr und zu einer spürbaren Beitragsentlastung,
- für eine Auszahlung der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen an die Versicherten,
- für eine Verwendung der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen für Investitionen in erstklassige Behandlungsmethoden.

Den Anliegen der Petenten wurde insoweit entsprochen, dass die Praxisgebühr durch die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/10747, 17/10799 abgeschafft wurde. Den weiteren Anliegen der Petenten wurde nicht entsprochen, da der Antrag auf Drucksache 17/9408 abgelehnt wurde.

Als Ergebnis seiner Beratungen empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/9189 abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/11192 abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9031 abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/11141 abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9408 abzulehnen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/11179 abzulehnen.

Zu der Unterrichtung auf Drucksache 17/8722

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 90. Sitzung am 7. November 2012 die Unterrichtung auf Drucksache 17/8722 einvernehmlich zur Kenntnis genommen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, man wolle den Anspruch eines Pflegebedürftigen auf Mitnahme von im sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigten Pflegekräften während eines stationären Aufenthalts in einer Vorsorge-

und Rehabilitationseinrichtung ermöglichen. Eine unbeschränkte Ausweitung dieses Anspruchs auf diejenigen Pflegebedürftigen, die ihren Pflegebedarf nicht im Arbeitgebermodell sicherstellen, wie die Fraktion DIE LINKE. es fordere, lehne man ab. Dies sei schon deswegen problematisch, da ein solches Gesetzesvorhaben der Zustimmung des Bundesrates bedürfe und die Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der Sozialhilfe Schwierigkeiten bereite. Überdies sei eine Ausweitung nicht erforderlich, da § 11 SGB V die Mitnahme von Pflegekräften während eines stationären Aufenthaltes ohnehin ermögliche, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig sei. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sei so gefasst, dass ihm alle Fraktionen zustimmen könnten. Die Abschaffung der Praxisgebühr halte man wegen der derzeitigen guten finanziellen Lage der Krankenkassen für verantwortbar, da die Gegenfinanzierung über den Gesundheitsfonds erfolge.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, die Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Arbeitgebermodell organisierten, werde auch von den angehörten Sachverständigen begrüßt und bedeute eine Verbesserung der Situation der betroffenen Menschen. Bei der Öffnung des Personenkreises auf alle Pflegebedürftigen müssten zunächst komplexe Abgrenzungsfragen geklärt werden. Dies sei auch die mehrheitliche Auffassung der Länder. Durch die Pauschalierung der laufenden Investitionskosten werde auf ein Urteil des Bundessozialgerichts reagiert. Gleichzeitig werde Bürokratie abgebaut und unbürokratische Lösungen ermöglicht. Auch die Abschaffung der Praxisgebühr bedeute eine bürokratische Entlastung der Praxen und Patienten und werde über den Gesundheitsfonds gegenfinanziert.

Die **Fraktion der SPD** kritisierte, dass durch die Kopplung des Anspruchs auf Assistenzpflege in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an das Arbeitgebermodell bestimmt Personengruppen ausgeschlossen würden. Deshalb bedeute die Ausweitung des Anspruchs keine Weiterentwicklung des bereits 2009 gelegten Grundsteins der Assistenzpflege im Krankenhaus. Obwohl die Gesetzesänderung in die richtige Richtung gehe, werde man sich deshalb bei der Abstimmung enthalten. Auch der Antrag der Fraktion DIE LINKE. könne nicht unterstützt werden, weil man die Länder in diese Entscheidung einbeziehen müsse. Man begrüße, dass die Praxisgebühr abgeschafft werde, da diese ihrer Steuerungswirkung nie gerecht geworden sei und lediglich Bürokratieaufwand für die Arztpraxen bedeutete.

Die **Fraktion DIE LINKE.** begrüßte, dass mit diesem Gesetzentwurf gleich zwei ihrer Anliegen, nämlich die Abschaffung der Praxisgebühr und die Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs, erfüllt würden. Man werde dem Gesetzentwurf zustimmen, da er zumindest für Menschen mit Assistenzpflegebedarf, die ihren Pflegebedarf im Arbeitgebermodell sicherstellen, eine Verbesserung schaffe. Zusätzlich wolle man durch den eigenen Antrag den Assistenzpflegeanspruch auf alle Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ausweiten, da man nur so dem Zweck der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht werde. Hinsichtlich der Investitionskostenpauschalen in stationären Pflege-

einrichtungen erkenne man einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf an, fordere aber noch mehr Transparenz.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, dass von der Ausweitung des Assistenzpflegeanspruchs nur eine kleine Personengruppe profitiere. Bei gleichem Bedarf könne aber nicht die Organisationsform der Pflege für einen Leistungsanspruch ausschlaggebend sein, da dies eine Ungleichbehandlung bedeute. Deswegen werde man sich bei der Abstimmung zu diesem Gesetz enthalten. Bei der Pauschalierung von Investitionskosten werde zwar eine Regelungslücke geschlossen, allerdings habe man verbraucher-schutzrechtliche Bedenken. Das BSG habe in seinem Urteil die oftmals intransparente Investitionskostenumlage kritisiert. Daran ändere auch die Neuregelung nichts. Eine Erweiterung der Informationspflicht, Transparenzregelungen und die Überführung der Investitionskostenregelungen in das Zivilrecht wären im Sinne des Verbraucherschutzes wichtig. Die Abschaffung der Praxisgebühr werde grundsätzlich begrüßt, weshalb man auch allen diesbezüglichen Anträgen zustimmen werde. Dieses Anliegen sei auch Gegenstand eines eigenen Antrags. Allerdings fordere man zudem die Abschaffung der Zusatzbeiträge und die Beitragsautonomie der Kassen, um zu gewährleisten, dass die mit der Abschaffung der Praxisgebühr verbundenen Einnahmeausfälle der GKV solidarisch gegenfinanziert werden.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 17/10747 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Nummer 1 (Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 11)

Entspricht der bisherigen Regelung des Gesetzentwurfs.

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 28)

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) zum 1. Januar 2004 für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eingeführte Zuzahlung für jede erste Inanspruchnahme eines ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt (Praxisgebühr), wird zur finanziellen Entlastung der Patientinnen und Patienten abgeschafft.

Damit wird gleichzeitig ein Teil der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegeben, die insbesondere auf die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes und die positive Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen durch höhere Löhne und Beschäftigung zurückzuführen sind.

Zudem werden durch die Abschaffung der Praxisgebühr die Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Notfallambulanzen der Krankenhäuser von einem erheblichen bürokratischen Aufwand entlastet.

Mit der Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 sollte vor allem das Ziel erreicht werden, die Anzahl der unnötigen Arztbesuche zu verringern. Studien, die einen längeren Zeitraum betrachten, kommen zu dem Ergebnis, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme von Ärzten ab 2005 nicht signifikant bzw. nicht nachhaltig gegenüber dem Niveau vor 2004 gesenkt hat.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich durch die Abschaffung der Praxisgebühr insgesamt ab dem Jahr 2013 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von 1,8 Mrd. Euro. Durch die Regelungen ergeben sich im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen Bruttomehrausgaben der GKV in einer Größenordnung von ca. 2,0 Mrd. Euro, die in der GKV durch kompensierende Effekte in den noch verbleibenden Zuzahlungsbereichen der anderen Versorgungssektoren in einer geschätzten Größenordnung von ca. 0,2 Mrd. Euro reduziert werden.

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 43b)

Zu Buchstabe a

Als Folgeänderung zur Abschaffung der Praxisgebühr (§ 28 Absatz 4) entfallen auch die damit verbundenen Einziehungs- und Abrechnungsvorschriften. Insbesondere die an der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen werden von den damit verbundenen bürokratischen Belastungen befreit.

Die Praxisgebühr muss bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung pro Jahr rund 200 Millionen Mal bei Patientinnen und Patienten erhoben werden. Dies verursacht in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Notfallambulanzen der Krankenhäuser für Einbehalt und Dokumentation der Praxisgebühr einen erheblichen bürokratischen Aufwand. Die Bürokratiekosten der an der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verringern sich schätzungsweise um rund 330 Mio. Euro jährlich. Darüber hinaus werden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen von bürokratischen Belastungen befreit.

Infolge der Abschaffung der Praxisgebühr sind die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichtenden Vergütungen zu erhöhen. Die Bundesmantelverträge sind entsprechend anzupassen. Die Abschlagszahlungen der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen sind ebenfalls mit Inkrafttreten der Regelung entsprechend zu erhöhen. Dies gilt auch für die Abschlagszahlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Vertragsärzte.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Aufhebung von Absatz 2. Die bisher lediglich durch Verweis anzuwendenden Regelungen zur Möglichkeit, Verwaltungsakte ohne aufschiebende Wirkung zu erlassen, sowie der Ausschluss des Vorverfahrens müssen nunmehr direkt vorgegeben werden.

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 106a)

Folgeänderungen zur Abschaffung der Praxisgebühr (§ 28 Absatz 4). In den Abrechnungsprüfungen entfallen die dar-

auf bezogenen Prüfungen, bei den Krankenkassen reduziert sich der damit verbundene bürokratische Aufwand.

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 271)

Auf Basis der neuesten Prognosen des GKV-Schätzerkreises zu den Finanzergebnissen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2012 und 2013 unter Berücksichtigung der Vorschriften des Haushaltsbegleitgesetzes 2013 ist der Spielraum für die Finanzierung der mit einer Abschaffung der Praxisgebühr verbundenen Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und für eine entsprechende Erhöhung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gegeben.

Mit der Ergänzung des § 271 Absatz 2 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 1,78 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Die Zuführung entspricht den geschätzten Mehrausgaben der gesamten GKV in Höhe von 1,8 Mrd. Euro abzüglich eines Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung, die keine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhält, in Höhe von 20 Mio. Euro. Die Mittel werden bereitgestellt, um die Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Abschaffung der Praxisgebühr entstehen, zu kompensieren.

Da die Liquiditätsreserve die in § 271 Absatz 2 Satz 2 vorgesehene Mindestgrenze von 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auch nach der Bereitstellung dieses Betrages voraussichtlich noch deutlich überschreiten wird, ist diese Zuführung zu den Einnahmen ohne weiteres möglich, ohne die Funktion der Liquiditätsreserve zu gefährden.

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 295)

Folgeänderungen zur Abschaffung der Praxisgebühr (§ 28 Absatz 4). Die entsprechende Datenüberemittlungsvorschrift bei der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen entfällt, mit gleichzeitiger Reduzierung des damit verbundenen bürokratischen Aufwands.

Zu Nummer 2 (Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI; die Neuformulierung des gesamten Artikels ist rechtsförmlich bedingt.)

Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 34 Absatz 2 SGB XI)

Die Änderung entspricht dem Änderungsbefehl des Artikels 2 in der Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Drucksache 17/10747.

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 47a SGB XI)

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollen mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenarbeiten. Dafür werden hiermit die erforderlichen gesetzlichen Regelungen geschaffen.

Auch die Träger der Sozialhilfe als Kostenträger für die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. des Zwölften Buches sind zunehmend Sachverhalten ausgesetzt, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit ihrer Aufgabenerfüllung hindeuten. Da sich aufgrund des ergänzenden Charakters der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches erhebliche Überschneidungen zwischen dem Aufgabenbereich der Pflegekassen und dem Aufgabenbereich der Träger der Sozialhilfe ergeben, ist es sachgerecht, auch die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege zuständig sind, in die in § 47a Absatz 1 Satz 1 – neu – postulierte Zusammenarbeit einzubeziehen, soweit dies erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln vorliegen.

Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 82 SGB XI)

Das Bundessozialgericht hat am 8. September 2011 vier Entscheidungen zur gesonderten Berechnung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen gefällt (Az. B 3 P 4/10 R, B 3 P 2/11 R, B 3 P 3/11 R und B 3 P 6/10 R). Danach ist ab 2013 die bisherige Praxis in den Bundesländern, Pauschalen für laufende Investitionskosten zu genehmigen, nicht mehr zulässig, weil nur tatsächlich entstandene oder sicher entstehende Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden dürfen. Dies würde in den Ländern zu einem sehr verwaltungsaufwändigen Verfahren führen. Es wäre in der Praxis mit großen Umsetzungsschwierigkeiten verbunden und könnte für die Pflegebedürftigen deutlich schwankende Belastungen je nach zeitlichem Anfall der Investitionen bedeuten. Deshalb wird eine Pauschalierung ausdrücklich ermöglicht. Um jedoch die Pflegebedürftigen davor zu schützen, dass sie mit überhöhten Investitionskosten belastet werden, ist die Pauschalierung an die Bedingung geknüpft, dass eine Angemessenheit zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen gewährleistet wird.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach der oben zitierten Rechtsprechung können fiktive Eigenkapitalzinsen im Gegensatz zu Fremdkapitalzinsen für betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nicht nach § 82 Absatz 3 berechnet werden, sondern sind wie ein sonstiger Unternehmensgewinn dem allgemeinen Vergütungsinteresse der Einrichtung zuzurechnen und nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

Diese systematische Trennung und unterschiedliche Behandlung von Eigen- und Fremdkapitalzinsen ist problematisch, da Finanzierungsentscheidungen über das Verhältnis von Eigenkapital zu Fremdkapital vom Einrichtungsträger in einem einheitlichen und systematischen Zusammenhang vorgenommen werden. Die Änderung sieht deshalb vor, dass die Kapitalkosten für Maßnahmen nach § 82 Absatz 2 Nummer 1 künftig einheitlich, unabhängig von der Art ihrer Finanzierung zu behandeln sind. Dabei sind die Zinsen für Fremdkapital bzw. kalkulatorische Eigenkapitalzinsen nur

refinanzierbar, wenn sie betriebsnotwendig sind, also bei der Realisierung des Betriebszweckes entstehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Das Bundessozialgericht hat in den zitierten Entscheidungen anerkannt, dass Erbbauzinsen für betriebsnotwendige Grundstücke im Rahmen des § 82 Absatz 3 Satz 1 umlagefähig sind. Dies wird in der Aufzählung der Nummer 3 klarstellend ergänzt.

Zu Buchstabe b

Bei den durch Landesrecht zu bestimmenden näheren Bedingungen, unter denen eine gesonderte Berechnung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen gegenüber den Pflegebedürftigen erfolgen darf, wird ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen, pauschalierte Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen zu berücksichtigen. Dies ist an die Bedingung geknüpft, dass sie in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Aufwendungen stehen müssen. Damit wird den Ländern ein größerer Gestaltungsspielraum ohne unverhältnismäßigem Bürokratieaufwand bei der Umsetzung dieser Regelung eröffnet. Gleichzeitig kann dadurch für die Einrichtungsträger ermöglicht werden, dass ihnen die Mittel für laufende, betriebsnotwendige Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen zur Verfügung stehen. Dabei ist zu gewährleisten, dass die Pflegebedürftigen vor der Berechnung überhöhter Investitionsaufwendungen geschützt werden. Mit der Regelung wird im Übrigen dem Beschluss des Bundesrates (Drucksache 460/12 Beschluss) vom 21. September 2012 Rechnung getragen.

Im Hinblick auf die Belegungsquoten, die bei der Berechnung der durch den Pflegebedürftigen zu tragenden betriebsnotwendigen Investitionskosten zugrunde zu legen sind, wird den Ländern bei der näheren Ausgestaltung der notwendige Spielraum gegeben, um der Situation in dem jeweiligen Land Rechnung tragen zu können, z. B. durch Mittelwertbildung über einen Mehrjahreszeitraum hinweg. Bei einer grundsätzlich ebenfalls möglichen landesdurchschnittlichen Belegungsquote müsste gewährleistet sein, dass die Belegungsquote von den individuellen Verhältnissen einer Pflegeeinrichtung nicht wesentlich abweicht und gegebenenfalls in bestimmten zeitlichen Intervallen mit den tatsächlichen Gegebenheiten abgeglichen wird. Zum Schutz der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner vor einer übermäßigen Heranziehung zu den Kosten der Pflegeinfrastruktur können die Länder hierbei auch Mindestbelegungsquoten regeln, beispielsweise bei einer unterdurchschnittlichen Auslastung der Einrichtung oder bei Kapazitätsüberschüssen.

In Absatz 3 wird ebenfalls zur Klarstellung ergänzt, dass Erbbauzinsen für betriebsnotwendige Grundstücke umlagefähig sind (siehe Begründung zur Änderung des Absatzes 2 Nummer 3).

Zu Nummer 3 (Artikel 4 – Änderung des Sozialgerichtsgesetzes – SGG)

Folgeregelungen zur Abschaffung der Praxisgebühr und der damit verbundenen Einziehungs- und Abrechnungsvorschriften in Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Zu Nummer 4 (Artikel 5 – Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Mit dem Solidarzuschlag beteiligen sich die aktiven Landwirte an der Finanzierung der Krankenversicherung der Altenteiler und entlasten insoweit den Bund. Durch die Fortschreibung beträgt der Solidarzuschlag im Jahr 2013 nach geltendem Recht rund 89 Mio. Euro. Die Vorschriften des Artikels 1 Nummer 2 bis 4 (§§ 28, 43b und § 106a SGB V) sowie Artikel 1 Nummer 6 (§ 295 SGB V) zur Abschaffung der Praxisgebühr gelten auch für die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung; allerdings werden sie von den Regelungen zur Kompensation in Artikel 1 Nummer 5 (§ 271 SGB V) nicht erfasst. Mit der Absenkung des – auch künftig dynamischen – Solidarzuschlages um rund 10 Mio. Euro wird der Wegfall der Praxisgebühr auch für die aktiven Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung kompensiert. Die Mehrausgaben durch den Wegfall der Praxisgebühr bei den Altenteilern und die Absenkung des Solidarzuschlages erhöhen das vom Bund zu tragende Defizit.

Zu Nummer 5 (Artikel 6 – Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Absatz 1 entspricht der Regelung des Gesetzentwurfes. Absatz 2 regelt das Inkrafttreten der Regelungen zur Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013. Die Inkrafttretensvorschrift in Absatz 3 stellt sicher, dass hinsichtlich der Ergänzung des § 271 Absatz 2 zunächst am 1. Januar 2013 das Haushaltbegleitgesetz 2013 und danach die Regelung nach Artikel 1 Nummer 5 dieses Gesetzes in Kraft tritt.

Berlin, den 7. November 2012

Maria Michalk
Berichterstatlerin

